

Tous les champs sont indispensables pour valider votre inscription

Nom : ..... Prénom : .....

Profession :  Médecin généraliste  Médecin ophtalmologue  Médecin psychiatre  
 IDE  Kiné  Podologue  Pharmacien  Préparateur en pharmacie

Autre profession : .....

Exercice :  Libéral (**au moins à 50%**)  Salarié  Mixte (**au moins 50% d'activité salariée**)

Date de naissance : .....

N°RPPS : ..... N°Adeli : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Port : ..... Tél : .....

Email : .....

## Vos choix de formations

1

Formation : .....

Date : .....

Ville : .....

2

Formation : .....

Date : .....

Ville : .....

3

Formation : .....

Date : .....

Ville : .....

Mois : .....

Mois : .....

Mois : .....

Elearning : .....

Elearning : .....

Elearning : .....



**Besoin d'une aide pratique ?** Contactez-nous au 02 98 46 44 97 - [www.chem-sante.fr](http://www.chem-sante.fr) - [secretariat@chem-sante.fr](mailto:secretariat@chem-sante.fr)

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires pour la validation de votre inscription auprès des organismes financeurs et du CHEM. Elles font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez l'exercer veuillez vous adresser à [secretariat@chem-sante.fr](mailto:secretariat@chem-sante.fr)  
 Organisme de formation enregistré sous le n° 53290421529 auprès du préfet de la région Bretagne