

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 :

 Je suis en situation de handicap

Cette information nous permettra de vous accueillir dans les meilleures conditions.

Elearning :

Elearning :

Elearning :

Vos choix de formations

1

Formation :

Date :

Ville :

2

Formation :

Date :

Ville :

3

Formation :

Date :

Ville :

Mois :

Mois :

Mois :