

# FORMATION

## ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE AU CABINET DENTAIRE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES



BULLETIN D'INSCRIPTION

**PRIX DE LA  
FORMATION**  
400 €

**PARTICIPATION DE L'URPS  
CHIRURGIENS-DENTISTES  
NOUVELLE-AQUITAINE**



200 €

**RESTE À RÉGLER  
POUR LE PRATICIEN**  
200 €

Les 200 € restants peuvent être 100 % remboursés par le FIF PL, sous réserve d'un crédit suffisant et selon les conditions applicables. Il suffit de faire une demande de prise en charge sur : [www.fifpl.fr](http://www.fifpl.fr)

**• Conditions pour bénéficier de l'offre partenaire URPS CD NA :**

Pour participer à cette formation, vous devez être chirurgien-dentiste libéral exerçant dans une commune de la région Nouvelle-Aquitaine.

**• Conditions pour bénéficier de la prise en charge du FIF PL :**

- Je suis chirurgien-dentiste exerçant en libéral
- Je fais une demande de prise en charge sur le site du FIF PL et je retourne le bulletin d'inscription complété et accompagné d'un chèque de règlement d'un montant de 200 € à :  
FFCD - 18, rue Charles Portal Bât C1 - 81000 ALBI

**• Conditions pour bénéficier d'une prise en charge pour les assistant(e)s dentaires :**

Je retourne le bulletin d'inscription complété et accompagné d'un règlement de 400€ à :

FFCD - 18, rue Charles Portal Bât C1 - 81000 ALBI

- Je fais une demande de prise en charge sur [www.e.actaliens.fr](http://www.e.actaliens.fr)

Veuillez retourner ce bulletin à :  
Secrétariat FFCD  
18, rue Charles Portal Bât C1  
81000 ALBI

**urps**  
CHIRURGIENS  
DENTISTES  
NOUVELLE  
AQUITAINE  
L'union par l'action

**Qualiopi**  
processus certifié 

# FORMATION

## ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE AU CABINET DENTAIRE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES



BULLETIN D'INSCRIPTION

Indiquez la date choisie

jeudi 2 juin 2022 à Poitiers     jeudi 16 juin 2022 à Limoges

**urps**  
CHIRURGIENS  
DENTISTES NOUVELLE  
AQUITAINE  
L'union par l'action

### INSCRIPTION / PRATICIEN(NE)

Nom et prénom du (de la) participant(e) : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

RPPS (carte de l'ordre) : .....

ADELI : .....

Tél : ..... Email (obligatoire) : .....

### INSCRIPTION / ASSISTANT(E) DENTAIRE

Nom et prénom du (de la) participant(e) : .....

Nom et prénom de l'employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Email (obligatoire) : .....

Pour toute question : tél. 05 63 47 16 61 - [ffc.secretariat@gmail.com](mailto:ffc.secretariat@gmail.com)

**Veillez retourner ce bulletin à :**  
Secrétariat FFCD  
18, rue Charles Portal Bât C1  
81000 ALBI