FORMATION

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

BULLETIN D'INSCRIPTION

PRIX DE LA FORMATION	PARTICIPATION DE L'URPS CHIRURGIENS-DENTISTES NOUVELLE-AQUITAINE	RESTE À RÉGLER POUR LE PRATICIEN
400 €	200 €	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***

- **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 - 5 rue Elie Barthe - 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 - 5 rue Elie Barthe - 81000 ALBI
  - ☐ Je fais une demande de prise en charge sur **www.e.actalians.fr**

Veuillez retourner ce bulletin à :
Secrétariat FFCD
5 rue Elie Barthe
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 - ffcd.secretariat@gmail.com

Veuillez retourner ce bulletin à :
Secrétariat FFCD
5 rue Elie Barthe
81000 ALBI