

# 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 - 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](http://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 8 juin 2023 à Périgueux ☐ Jeudi 12 octobre 2023 à Poitiers

**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](mailto:ffcd.secretariat@gmail.com)

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