



FICHE INDIVIDUELLE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Date de la demande :

Libellé de la formation demandée : **AFGSU 2**

Date(s) de la session :

De 08:30:00 à 16:30:00

BENEFICIAIRE :



NOM USUEL (*) : NOM DE NAISSANCE (*) : Prénom (*) :

Date de naissance (*) : Ville de naissance (Pays) (*) :

Tél mobile : Tél fixe :

Mail du participant (*) (1) :

Adresse :

CP : Ville :

Profession (Qualification) : Fonction si différente :

En activité

Sans emploi

Service médical d'affectation (si structure de soins) :

N° ADELI : N° RPPS :

SI L'INSCRIPTION CONCERNE UNE REACTUALISATION DE L'AFGSU :

N° AFGSU initiale : Date :

Date(s) de(s) recyclage(s) intermédiaire(s) :

TYPE DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE :

Autofinancement

Droits d'inscription (cochez la case selon votre situation):

690 Euros pour les praticiens

590 Euros pour les assistant(e)s

Un mois avant la date de la formation

Etablir un chèque à l'ordre de l'agent comptable de l'Université de Montpellier et l'envoyer à l'adresse suivante :

Faculté d'Odontologie
Service Scolarité
545 Av. du Professeur Jean Louis Viala
34090 Montpellier