

## FICHE INDIVIDUELLE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Date de la demande : .....

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

Date(s) de la session : .....

21 heures de formation réparties en :

- 3 jours – de 08 h 30 à 16 h 30
- 2 jours – de 08 h 30 à 20 h 00

### BENEFICIAIRE :

Monsieur

Madame

NOM USUEL : ..... NOM DE NAISSANCE : ..... Prénom : .....

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

Tél mobile : ..... Tél fixe : .....

Mail du participant : .....

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):

869,60 Euros pour les praticiens

743,55 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 – Formation Permanente

545 Av. du Professeur Jean Louis Viala 34090 Montpellier