

N° Siret : 50793839700019

Organisme de formation N° 93840314284

## FICHE D'INSCRIPTION

### FORMATION "ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN CANCÉROLOGIE"

#### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Fax : .....

Email : .....

D.E. obtenu en : ..... N° d'Enregistrement : .....

**DATES** : Mercredi 18, jeudi 19 et vendredi 20 octobre 2017

**TARIF** : 500 €/participant (repas non compris)

#### PIECES A FOURNIR :

- + Fiche d'inscription complétée
- + Photocopie de votre Diplôme d'Etat d'Infirmier(e)

Pour les professionnels libéraux :

- + Photocopie de votre attestation d'assurance en Responsabilité Civile et Professionnelle.
- + Chèque de 500 € libellé à l'ordre de Ressources Santé Vaucluse

**Date :**

**Signature :**