

2019 2020	V2014-V2020 : Faire Vivre La Démarche - Préparer Les Prochaines Échéances	Parcours de soins : Enjeux, Démarche, Structuration	Pertinences Des Soins : De La Culture Au Résultat
Paris	03 oct 19 <input type="checkbox"/> 16 janv 20 <input type="checkbox"/> 4 juin 20 <input type="checkbox"/>	07 nov 19 <input type="checkbox"/> 05 mars 20 <input type="checkbox"/>	05 dec 19 <input type="checkbox"/> 06 mai 20 <input type="checkbox"/>
Lyon	08 oct 19 <input type="checkbox"/> 22 janv 20 <input type="checkbox"/> 10 juin 20 <input type="checkbox"/>	13 nov 19 <input type="checkbox"/> 18 mars 20 <input type="checkbox"/>	17 dec 19 <input type="checkbox"/> 07 avril 20 <input type="checkbox"/>
Aix en Pro	9 oct 19 <input type="checkbox"/> 23 janv 20 <input type="checkbox"/> 11 juin 20 <input type="checkbox"/>	14 nov 19 <input type="checkbox"/> 19 mars 20 <input type="checkbox"/>	18 dec 19 <input type="checkbox"/> 08 avril 20 <input type="checkbox"/>
Bordeaux	15 oct 19 <input type="checkbox"/> 28 janv 20 <input type="checkbox"/> 17 juin 20 <input type="checkbox"/>	26 nov 19 <input type="checkbox"/> 26 mars 20 <input type="checkbox"/>	10 dec 19 <input type="checkbox"/> 12 mai 20 <input type="checkbox"/>

TARIF DE LA JOURNEE : 425 € net de taxe par personne, incluant documentation et repas

PARTICIPANT

Nom : Prénom :
Fonction : Service :
Téléphone : Mail :

ETABLISSEMENT

Raison sociale :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Suivi du dossier d'inscription :
Nom : Prénom :
Mail : Téléphone :
Télécopie :
Responsable de la formation (si différent) :
Nom : Prénom :
Mail :

CONVENTION DE FORMATION PROFESSIONNELLE DPC (cocher) RPPS
Autre (cocher)

FACTURATION

Personne à laquelle adresser la facture : (si différent)
Nom Prénom
Téléphone : Mail :
Organisme à facturer (si différent)
Adresse :

Merci de renvoyer cette inscription à LBDA :