

2020 2021	V2014-V2020 : Préparer Les Prochaines Échéances	Parcours de soins : Enjeux, Démarche, Structuration	Pertinences Des Soins : De La Culture Au Résultat
Paris	4 juin 20 <input type="checkbox"/> 21 janv 21 <input type="checkbox"/> 3 sept 20 <input type="checkbox"/> 20 mai 21 <input type="checkbox"/>	29 oct 20 <input type="checkbox"/> 18 mars 21 <input type="checkbox"/>	7 juillet 20 <input type="checkbox"/> 19 nov 20 <input type="checkbox"/> 15 avril 21 <input type="checkbox"/>
Lyon	10 juin 20 <input type="checkbox"/> 13 janv 21 <input type="checkbox"/> 10 sept 20 <input type="checkbox"/> 9 juin 21 <input type="checkbox"/>	20 oct 20 <input type="checkbox"/> 23 mars 21 <input type="checkbox"/>	3 nov 20 <input type="checkbox"/> 7 avril 21 <input type="checkbox"/>
Aix en Provence	11 juin 20 <input type="checkbox"/> 14 janv 21 <input type="checkbox"/> 11 sept 20 <input type="checkbox"/> 10 juin 21 <input type="checkbox"/>	9 oct 20 <input type="checkbox"/> 24 mars 21 <input type="checkbox"/>	4 nov 20 <input type="checkbox"/> 08 avril 21 <input type="checkbox"/>
Bordeaux	17 juin 20 <input type="checkbox"/> 19 janv 21 <input type="checkbox"/> 22 sept 20 <input type="checkbox"/> 16 juin 21 <input type="checkbox"/>	14 oct 20 <input type="checkbox"/> 4 mars 21 <input type="checkbox"/>	9 juillet 20 <input type="checkbox"/> 6 nov 20 <input type="checkbox"/> 28 avril 21 <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) <input type="checkbox"/>	RPPS <input type="checkbox"/>
	Autre (cocher) <input type="checkbox"/>	

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 :