



Dossier d'inscription

(Soumis pour avis des Responsables Pédagogiques)

Année
Universitaire
2017-2018



À retourner à :

FACULTÉ DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES
Département de Formation Pharmaceutique Continue (D. F. Ph. C.)
3, Rue du Professeur Laguesse – B.P. 83 – 59006 LILLE Cédex

ACTION DE FORMATION :

Intitulé : MODULES DU D.U. « QUALITÉ, ACCRÉDITATION ET AUDIT EN BIOLOGIE MÉDICALE »

Inscription à une ou plusieurs demi-journées : « Spécificités de l'Accréditation par discipline et en Biologie délocalisée »

- « Particularités de l'Accréditation en Microbiologie »
- « Particularités de l'Accréditation en Biologie Moléculaire »
- « Particularités de l'Accréditation en Hémostase et en Cytologie »
- « Particularités de l'Accréditation en Anatomie et Cytologie Pathologiques »

Droits d'inscription : 150,00 € x demi-journée(s) = €

(Règlement à joindre après acceptation du dossier)

STAGIAIRE ÉTAT-CIVIL :

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom de naissance : Nom marital :

Prénom :

Date de naissance : ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! Lieu de naissance : ! ! ! ! Pays :

Adresse personnelle :

! ! ! ! ! ! ! ! ! !

↪ N° Téléphone domicile : ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ↪ N° Téléphone mobile : ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! !

↪ Adresse e-mail personnelle* (Obligatoire) :

(*): 1 inscrit = 1 adresse mail

SITUATION PROFESSIONNELLE :

En activité Fonction ou grade : Ancienneté :

Pour les Pharmaciens :

Titulaire Adjoint Hospitalier Biologiste Autres :

N° RPPS (Obligatoire) : N° ADELI :

Sans emploi Demandeur d'emploi inscrit à PÔLE EMPLOI depuis le ! ! ! ! ! ! ! ! ! !

Adresse d'exercice principal :

! ! ! ! ! ! ! ! ! !

↪ N° Téléphone : ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ↪ N° Fax : ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! !

FINANCEMENT DE LA FORMATION À TITRE INDIVIDUEL : À remplir par le stagiaire finançant personnellement la formation

Paiement par chèque Montant : Euros

➤ Le stagiaire s'engage à prendre en charge les frais de formation et à en effectuer la totalité du règlement avant la fin de la session.

Fait à, le Signature :

PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR : À remplir par l'employeur finançant la formation

Paiement par chèque Paiement par virement bancaire Montant : Euros

Raison sociale et adresse du contractant :

! ! ! ! ! ! ! ! ! !

N° SIRET (obligatoire) : Code APE : ! ! ! ! ! ! ! ! ! !

Nom du correspondant : Adresse e-mail :

Fait à, le Fait à, le

Signature du stagiaire : Signature et cachet de l'Établissement de l'Employeur ou de son Représentant :

PRISE EN CHARGE PAR UN ORGANISME :

Pour les Pharmaciens Biologistes Libéraux :

Demande de prise en charge ANDPC. Vous devez vous inscrire en parallèle sur le site : <https://www.mondpc.fr>

Veillez retourner à la Faculté de Pharmacie (D.F.Ph.C.) :

- 1 chèque de caution* du montant de la prise en charge par l'ANDPC

(*): Il vous sera restitué après avoir suivi l'intégralité des étapes du programme et élargé les feuilles de présence.

- 1 chèque correspondant au solde des frais de formation restant à votre charge

Contact : audrey.flourez@univ-lille2.fr

Demande de prise en charge FIF-PL : Paiement de l'inscription à retourner à la Faculté de Pharmacie (D.F.Ph.C.)

Pour les Adjoints :

Demande de prise en charge ACTALIANS : Paiement de l'inscription à retourner à la Faculté de Pharmacie (D.F.Ph.C.)

Autres :

PIÈCES À JOINDRE :

- Copie de la carte d'identité
- Copie du Diplôme d'État de Pharmacien ou Copie du Diplôme ou titre professionnel le plus élevé
- Lettre de Motivation + C.V.

N.B. : La facture sera adressée directement à l'organisme payeur

➤ Une convention et annexe vous seront envoyées en 2 exemplaires à signer et à nous retourner le plus rapidement possible pour clôturer le dossier administratif.

➤ La totalité des droits reste perçue en cas d'annulation d'inscription après le début des enseignements.

➤ En cas d'inscriptions en nombre insuffisant, le cycle de formation sera reporté à une année ultérieure.

N° de Déclaration d'existence du D. F. Ph. C. : 3159 P000 759

N° SIRET : 195 935 606 000 77