Dossier d'inscription

(Soumis pour avis des Responsables Pédagogiques)

Année Universitaire 2017-2018

À retourner à :

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

ACTION DE FORMATION :
Intitulé **: MODULE DU D.U. « QUALITÉ, ACCRÉDITATION ET AUDIT EN BIOLOGIE MÉDICALE »**
« Audit Interne » (3 jours)
Droits d'inscription : **1 000,00 €**

(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 : ..... €uros
➢ ***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 : .....€uros
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
Veuillez 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 émargé 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**