Dossier d'inscription
au titre de la Formation Continue

Année 2022-2023

(Soumis pour avis du Responsable Pédagogique)

À retourner à :

FACULTÉ DE PHARMACIE DE LILLE
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 **: RÉGLEMENTATION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX (FORMATION COURTE)**
Dates : ❑ Du Lundi 21 au Vendredi 25 Novembre 2022 (30h30)
Droits d'inscription : ❑ **1 000,00 €** pour les Pharmaciens
❑ **300,00 €** pour les Internes

STAGIAIRE ÉTAT-CIVIL :
❑ Madame ❑ 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 Hospitaliers :
N° RPPS : ..... 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

➢ ***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.***

- Paiement par virement bancaire* dès réception du contrat de formation Montant : ..... €uros
(*) Merci de préciser dans l'intitulé du virement, votre nom et prénom et l'action de formation professionnelle concernée.

Fait à ....., le ..... Signature :

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

- Paiement par virement bancaire* dès réception de la convention de formation Montant : ..... €uros
(*) Merci de préciser dans l'intitulé du virement, le nom et prénom du stagiaire et l'action de formation professionnelle concernée.

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 :**
❑ Demande de prise en charge FIF-PL :
Pour les Adjoints :
❑ Demande de prise en charge ACTALIANS :
❑ 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 : 32 59 11043 59 **N° SIRET : 130 029 754 000 79** **N° de référencement au Datadock : 57856**