Groupe hospitalier
Paris Saint-Joseph

ODPC habilité à dispenser des programmes de DPC

FICHE D'INSCRIPTION FORMATION TUTEUR :

MODULE COMPLEMENTAIRE

La démarche de raisonnement clinique : outil d'organisation et de planification des soins

NOM : ……..
NOM DE NAISSANCE : ……...
PRENOM : ……..
DATE DE NAISSANCE : ……..

NUMERO RPPS ou ADELI (a remplir si le professionnel est enregistré au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ou au répertoire ADELI (arrêté du 27 mai 1998 – JO du 17/06/1998)
…….

SITUATION PROFESSIONNELLE :

- Fonction :
- Année d'obtention du DEI : …….
- Vos coordonnées professionnelles : Tel : ……
  Mail : ……..

Dates de formation :

- ☐ **Le lundi 13 octobre 2014**
- ☐ **Le mercredi 18 mars 2015**

Votre établissement :

- Nom :……
  ……
- Adresse:……
  ……
- Facture et convention a adresser à :
  ……..……
  ……..
- Tel : ……
- Fax :……
- Mail : ……

Prise en charge financière :

- **A titre individuel** **OUI** ☐ **NON** ☐
- **Au titre de la formation continue** **OUI** ☐ **NON** ☐

A RETOURNER A : IFSI PARIS SAINT-JOSEPH – Me Isabelle BISUTTI
185 rue Raymond. LOSSERAND – 75674 PARIS