



Dossier d'inscription au titre de la Formation Continue

Année
Universitaire
2020-2021



À retourner à :

FACULTÉ DE PHARMACIE DE LILLE
Département de Formation Pharmaceutique Continue (D. F. Ph. C.)
3, Rue du Professeur Laguesse – B.P. 83 – 59006 LILLE Cédex

ACTION DE FORMATION :

Intitulé : **A.U.E.C. « FORMATION À LA VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE ET LA COVID-19 »**
Dates : 16 Avril 2021 09h00 – 13h00 à LILLE
Droits d'inscription : 200,00 €

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* et unique pour accès Moodle (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

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

- Paiement par virement bancaire* dès réception du contrat de formation Montant : Euros
(*): 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 : Euros
(*): 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 : ! ! ! ! ! ! ! ! ! !

Affaire suivie par : Adresse e-mail :

Fait à, le Fait à, le

Signature du stagiaire : Signature et cachet :

PRISE EN CHARGE PAR UN ORGANISME :

Pour les Professionnels de Santé Libéraux :

Demande de prise en charge **ANDPC**. Inscription en parallèle sur le site : <https://www.mondpc.fr>
Pour bénéficier de la prise en charge de l'ANDPC, le stagiaire doit avoir suivi l'intégralité des étapes du programme et élargé toutes les feuilles de présence. A défaut, le montant des frais de formation sera facturé directement au bénéficiaire de la formation.

Demande de prise en charge FIF-PL

Pour les Adjoints :

Demande de prise en charge ACTALIANS

PIÈCES À JOINDRE :

- Copie de la carte d'identité
- Copie du Diplôme d'État de Pharmacien **ou** Copie de la Carte Professionnelle de Pharmacien

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

- ↳ *En cas de modification de la situation du salarié (licenciement, démission...), le stagiaire s'engage à prendre en charge les frais de formation au prorata des heures effectuées.*
- ↳ *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 09494 59

N° SIRET : 130 023 583 00144

N° de référencement au Datadock : 57856