



Bulletin d'inscription

JOURNÉE RÉGIONALE DE FORMATION

DOULEUR & SOINS PALLIATIFS PÉDIATRIQUES

Jeudi 15 novembre 2018

A retourner par courrier électronique ou par voie postale à

Monsieur David DARLES darles.d@chu-toulouse.fr

Melle Sarah SOULA soula.s@chu-toulouse.fr

GIPSE – PREFMS

74 Voie du TOEC - TSA 40031

31059 TOULOUSE CEDEX 9

Mme Melle Mr **NOM** : **Prénom** :

Courriel * :

**Obligatoire pour se positionner sur les ateliers*

Grade ou fonction : Date de naissance :

N° ADELI : n° RPPS :

Adresse personnelle :

Code Postal : Ville :

Tél : Fax :

Adresse professionnelle :

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Nom du Responsable Formation :

Courriel du Responsable Formation :

Tél : Fax :

Droits d'inscription : (Buffet compris)

Prise en charge employeur 150 euros

Prise en charge Individuelle 120 euros

Etudiants 40 euros

Signature ou cachet de cachet de l'employeur indispensable

Impression : Centre de Reprographie du CHU de Toulouse

Bulletin d'inscription

JOURNÉE RÉGIONALE DE FORMATION

DOULEUR & SOINS PALLIATIFS PÉDIATRIQUES

Jeudi 15 novembre 2018

A retourner par courrier électronique ou par voie postale à

Monsieur David DARLES darles.d@chu-toulouse.fr

Melle Sarah SOULA soula.s@chu-toulouse.fr

GIPSE – PREFMS

74 Voie du TOEC - TSA 40031

31059 TOULOUSE CEDEX 9

Mme Melle Mr **NOM** : **Prénom** :

Courriel * :

**Obligatoire pour se positionner sur les ateliers*

Grade ou fonction : Date de naissance :

N° ADELI : n° RPPS :

Adresse personnelle :

Code Postal : Ville :

Tél : Fax :

Adresse professionnelle :

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Nom du Responsable Formation :

Courriel du Responsable Formation :

Tél : Fax :

Droits d'inscription : (Buffet compris)

Prise en charge employeur 150 euros

Prise en charge Individuelle 120 euros

Etudiants 40 euros

Signature ou cachet de cachet de l'employeur indispensable

Impression : Centre de Reprographie du CHU de Toulouse