



# Fiche d'inscription aux Formations

## CHU de RENNES

(Une fiche par personne et par formation)

**Pour vous inscrire, remplir la fiche en lettres capitales et le retourner :**

• **Par téléphone :**

02 99 28 97 22 (poste 85395, Mme Nourisson)

• **par email :**

[formationcontinue@chu-rennes.fr](mailto:formationcontinue@chu-rennes.fr)

**ou**

• **par courrier postal à :**

CHU de RENNES  
Délégation à la formation continue  
2 rue Henri Le Guilloux  
35033 RENNES Cedex 9

Le CHU de RENNES est enregistré sur le n°53 35 P 008 435  
*Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat.*

ODPC : n° 2532 habilité à dispenser des programmes de DPC

 Les personnes en situation de handicap souhaitant bénéficier d'un accueil spécifique peuvent s'adresser par téléphone au :  
02 99 28 97 22  
ou par courriel à :  
[formationcontinue@chu-rennes.fr](mailto:formationcontinue@chu-rennes.fr)

Retrouvez toute l'offre de formation du CHU de RENNES sur le site [www.chu-rennes.fr](http://www.chu-rennes.fr)

Titre de la formation : **APPRENDRE ET PRATIQUER LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX – N° programme DPC 25321700031**

*Programme DPC sur 2 jours : J1 - formation théorique en petit groupe (6 à 12 apprenants) puis J2 - formation pratique (1 à 2 apprenants accompagnés par un pharmacien expert)*

Date de la journée théorique (J1) souhaitée : .....

*La Délégation à la formation continue vous contactera à réception de ce document pour fixer la date de votre journée de formation pratique.*

Tarif : 750 €

Nom : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... Grade : .....

Date de naissance : .....

Adresse e-mail (obligatoire) : .....

Nom et prénom de votre responsable formation :

Adresse e-mail (obligatoire) de votre responsable formation : .....

Statut juridique de l'établissement :  Public  Privé

N° de SIRET : ..... Code APE .....

Adresse professionnelle : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Télécopie : .....

Formation suivie au titre :

du DPC, complétez obligatoirement les informations ci-dessous :

Si vous êtes inscrit au conseil de l'ordre, indiquez l'adresse e-mail du conseil dont vous dépendez : .....

Et votre numéro ADELI ..... ou RPPS .....

Si non, indiquez l'adresse e-mail de votre responsable formation :

Mode d'exercice :  Salarié  Libéral  Mixte

Financier (si différent de l'employeur) : .....

Adresse de facturation (si spécifique) : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Fait le .....

*Visa du Responsable de l'établissement*

**Toute inscription sera validée à compter de la réception d'une convention de formation définissant les modalités pratiques d'organisation et de règlement de la formation.**

*Les renseignements fournis seront saisis sur un fichier informatique. En application de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez exercer votre droit individuel d'accès auprès de la Délégation à la formation continue.*