

INSCRIPTION DPC N° 4431

SESSIONS:

Retournez les pièces à :

Adresse postale : Mme MAURI Martine
Secrétariat ODPCGO
10 rue de la Prévôté 687250 ROUFFACH

Adresse mail : martine.mauri@gogmdpc.org // Tél. 06 07 83 37 85

BULLETIN REPONSE

Attention ! Toutes les informations sont obligatoires et nécessaires à la validation de votre inscription au DPC

Nom (usuel) :

Prénom :

Date de naissance :

Spécialité médicale :

Adresse de correspondance :

.....

Code postal :

Ville :

N°ADELI :

N°RPPS :

Téléphone fixe :

Mobile :

Courriel :

Contact affaires médicales (si salarié) :

.....

Date :

Signature :

Je suis :

Praticien exerçant une activité libérale supérieure à 50 %

ou travaillant en centre de santé conventionné => Prise en charge ANDPC

Praticien exerçant une activité salariée supérieure à 50 %

(hors Centre de santé conventionné) => Prise en charge par votre employeur et/ou ANFH

ou OPCA