

## **BULLETIN D'INSCRIPTION**

### **Formation :**

- ➔ DATE(S) ET LIEU(X)
- ➔ SPÉCIALITÉ(S) CONCERNÉE(S)

**➔ ATTENTION : il existe un nombre participants maximum par séminaire, n'attendez pas pour vous inscrire,**

### **INSCRIPTION**

- ➔ **Tout dossier d'inscription incomplet vous sera retourné**
- ➔ **VOS COORDONNÉES** (Informations obligatoires)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

N° RPPS : ..... Spécialité : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Mail : .....

#### **➔ DOCUMENTS À FOURNIR (par voie postale)**

- I feuille de soins originale barrée
- I chèque de cotisation annuelle de 30 €uros à l'ordre de l'ACFM
- I chèque de caution de 230 €uros à l'ordre de l'ACFM
- ➔ Médecin remplaçant : Pour connaître les modalités d'inscription, merci de contacter l'ACFM

*Le chèque de caution vous sera restitué après la formation, en l'absence d'annulation auprès de l'ACFM moins de 15 jours avant la date du séminaire, ou si vous n'assistez à la totalité du séminaire, compte tenu des frais engagés pour l'organisation, ce chèque de caution sera encaissé par l'ACFM.*

**L'inscription ne sera définitive qu'après réception de l'ensemble des pièces du dossier**

### **MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE**

- ➔ L'ACFM prendra en charge votre déjeuner pour les 2 jours de formation.
- ➔ Pour les participants résidant à plus de 30 km (pour IDF) 50 km (Province) du lieu de la formation, L'ACFM prendra en charge vos frais d'hôtellerie pour la nuit du 1<sup>er</sup> jour de la formation (Petit déjeuner compris). Le dîner sera libre et à votre charge.
- Je désire que l'ACFM me réserve une chambre dans l'hôtel sélectionné**

**Votre cachet (obligatoire)**

**Signature**