



Fédération de chirurgie  
viscérale et digestive

# INSCRIPTION

## DPC Association Française de Chirurgie 2018

Référence programme : 16771800016-1

**Nom :** .....

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

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Téléphone portable :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Email personnel :** .....

**Adresse personnelle :** .....

.....

**Statut :**     Libéral > 50 %                       Salarié                       Libéral et salarié

**N° RPPS :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**N° ADELI :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Profession :** .....

**Spécialité :** .....

**Établissement :** .....

**Adresse professionnelle :** .....

.....

**Libéral** avez-vous un compte mondpc ?  OUI  NON

*Si « non » nous sommes à votre disposition pour vous aider à accomplir cette démarche.*

Je m'inscris à ce programme sur mon compte mon dpc ?  OUI  NON

**Salarié :** Prise en charge des frais de formation par :                       Le praticien                       L'établissement

**Contact Affaires médicales (nom, prénom):** .....

**Mail contact :** .....

*Signature et Tampon de l'établissement (obligatoire)*