

Bulletin d'inscription pour les formations courtes
valant convention de formation simplifiée ou contrat de formation professionnelle continue

Contact : neila.rhaiem@univ-grenoble-alpes.fr Tél : 04 76 63 74 34	UGA : <input type="checkbox"/> UFR Médecine <input checked="" type="checkbox"/> UFR Pharmacie FCU-Santé - CS 40700 – 38058 Grenoble Cedex 9
SIRET : 130 026 081 00013 – NACE : 8542Z – N° de déclaration d'activité : 84 38 07364 38 – Datadock : 0080632	

Formation : Vaccins et pratique vaccinale à l'officine (*Préparateur en pharmacie*)

Durée : 4 heures Modalités : Présentiel A distance Mixte

Dates présentiel (A choisir) : vendredi 17/12/2021 (9h/13h)

Tarif : 250€ Exo TVA art.261-4-4° code général des impôts CGI

Lieu : Pharmacie expérimentale (salle visio 1), bâtiment Jean Roget, faculté de pharmacie

Stagiaire de la formation continue : M, Mme **(ou Groupe avec liste nominative en annexe)**

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Courriel :

Date de naissance (mention obligatoire) :

Nationalité :

Profession : et éventuellement votre spécialité :	Statut <input type="checkbox"/> privé <input type="checkbox"/> libéral <input type="checkbox"/> fonction publique <input type="checkbox"/> Sans activité <input type="checkbox"/> Demandeur Emploi
Pour les professions de santé, votre N° RPPS ou Adeli :	

Adresse personnelle : CP : Ville :	Adresse de facturation si différente
---	---

Financement : Cocher en fonction des modalités de prise en charge

Montant pris en charge par le participant : €

Conditions de règlement par le participant : joindre le règlement au bulletin et l'adresser à :
UGA / FCU-Santé – Site Santé – CS 40700 – 38058 Grenoble Cedex 9.

Cocher un des items →

- Je souhaite recevoir à **réception** de ce bulletin : une attestation de paiement
 Je souhaite recevoir **ultérieurement** : une facture acquittée

Montant prise en charge par l'employeur : € (Bon de commande)

Raison Sociale :
Adresse :
Code Postal : Ville :
N° Siret : Code NACE :
Contact administratif : Fonction :
Téléphone : Courriel :

Montant prise en charge par un autre organisme € (Prise en charge obligatoire)

Raison Sociale :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Contact administratif : Fonction :
Téléphone : Courriel :

Le financeur reconnaît avoir pris connaissance des conditions générales de vente (CGV) accessibles en ligne sur le site de l'UGA :

www.univ-grenoble-alpes.fr/ftlv

Date :

Stagiaire (si financeur)
Signature **(obligatoire)**

Entreprise (si financeur)
Signature et cachet **(obligatoire)**

Pour le Président de l'UGA
et par délégation, Le Doyen de l'UFR