

Contact : neila.rhaiem@univ-grenoble-alpes.fr Tél : 04 38 38 83 44	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 : prescription, injection et suivi vaccinal du patient
 2024_2025

Durée : 17, 5 h Modalités : Présentiel A distance Mixte

Date Session 3 :

- E-learning à partir du Lundi 27 Janvier 2025
- Enseignement pratique en présentiel, choisir une date
 - 17 Février 2025 08h30-12H30
 - 18 Février 2025 08h30 -12h30

Tarif : 400€

Lieu : Faculté de pharmacie

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

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Courriel :

Nationalité :

Date de naissance (mention obligatoire) :

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

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

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 38 38 83 44	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	

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 :

Cocher un des items



UGA / FCU-Santé – Site Santé – CS 40700 – 38058
 Grenoble Cedex 9.

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