



Bulletin à retourner au
Département de FMC – UPMC
4, Place Jussieu
75252 PARIS CEDEX 05

Tél : 01 44 27 68 42
Fax : 01 44 27 69 22

BULLETIN DE PREINSCRIPTION

Titre de la formation choisie :

.....

Dates : Réf. de la fiche :

Nom : Prénom :

Adresse (prof.) :

CP : Ville :

Date de naissance Lieu de naissance.....

Mail :

Téléphone : Portable :

Statut : Libéral Hospitalier Salarié

N° ADELI et RPPS

Spécialité :

Merci de préciser :

Financement individuel (remboursement possible)

Prise en charge employeur

Prise en charge OPCA

Prise en charge OGDPC