

INSCRIPTION DPC N° 4431 SESSION S:..

Retournez les pièces à :

Adresse postale : Mme MAURI Martine secrétariat ODPCGO
10 rue de la Prévôté 687250 ROUFFACH

Adresse mail : martine.mauri@gogmdpc.org

Tél. 06 07 83 37 85

BULLETIN REPONSE

Attention ! Toutes les informations sont obligatoires et nécessaires à la validation de votre inscription au DPC

Nom (usuel) : Prénom :

Spécialité médicale :
.....

Adresse de correspondance :
.....
.....
.....

Code postal : Ville :

N°ADELI :

N°RPPS :

Téléphone fixe :

Mobile :

Courriel :

Date de naissance :

Contact affaires médicales (si salarié) :
.....

DATE :

Signature :

- Je suis :
- Praticien exerçant une activité libérale supérieure à 50 %
ou travaillant en centre de santé conventionné => Prise en charge ANDPC
 - Praticien exerçant une activité salariée supérieure à 50 %
(hors Centre de santé conventionné) => Prise en charge par votre employeur et/ou ANFH
 - ou OPCA