

**Médecins chargés du contrôle médical de l'aptitude à la conduite**
**Bulletin d'inscription à retourner à :**

INSERR

122 rue des Montapins – CS 20015 – 58028 NEVERS CEDEX

 Ou Céline Bordet 03.86.59.96.81 – [celine.bordet@inserr.fr](mailto:celine.bordet@inserr.fr)
**INSCRIPTION**
**Merci de bien vouloir écrire LISIBLEMENT en lettres majuscules**

NOM											
PRENOM											
DATE DE NAISSANCE			/			/					
LIEU DE NAISSANCE											DPT
N° RPPS (obligatoire)											
<i>Noté sur carte de l'ordre</i>											
Coordonnées professionnelles ou personnelles											
ADRESSE POSTALE											
CODE POSTAL						VILLE					
N° DE MOBILE (obligatoire)											
COURRIEL (obligatoire)											@
Adresse de facturation si différente											
NOM EMPLOYEUR											
ADRESSE											
CODE POSTAL						VILLE					

**CALENDRIER PREVISIONNEL 2024 (formation en DISTANCIEL)**
**Cocher la session à laquelle vous souhaitez vous inscrire**

23/01/2024	Matin	DISTANCIEL	<input type="checkbox"/>
20/02/2024	Matin	DISTANCIEL	<input type="checkbox"/>
19/03/2024	Matin	DISTANCIEL	<input type="checkbox"/>

**PLACES DISPONIBLES SOUS RESERVE DU RETOUR DE VOTRE DOSSIER DANS LES PLUS BREFS DELAIS.**
La formation sera confirmée définitivement dès que nous aurons 10 participants. En dessous de ce nombre nous nous réservons le droit d'annuler la formation.
**DOCUMENTS A FOURNIR**
**1. Votre règlement d'un montant de 252.00 € TTC**
 Soit par chèque à l'ordre de l'INSERR - **(Le règlement sera encaissé le jour de la formation)**
 Soit par virement (Domiciliation Bancaire : Caisse d'Épargne Bourgogne Franche Comté – CE Bourgogne FC Dijon  
 - Code banque : 12135 – Code guichet 00300 – compte 08774566042 - Clé RIB 23 - IBAN : FR76 1213 5003 0008 7745 6604 223 - CODE BIC : CEPARFP213

**2. Photocopie de votre pièce d'identité pour établir votre attestation**
**Prise en charge du coût de votre formation par le FAF-PM pour les médecins en activité.**
**Un dossier de demande sera remis à la l'issue de la formation et devra être complété et transmis au FAF-PM par vos soins.**

Date, signature et cachet

**VEUILLEZ AGRAFER ICI VOTRE REGLEMENT**