

**MERCI DE COMPLETER CE FORMULAIRE EN INDIQUANT LE NOMBRE DE PARTICIPANTS
QUE VOUS SOUHAITEZ INSCRIRE PAR SESSION.**

ETABLISSEMENT :

SERVICE :

PERSONNE A CONTACTER pour l'inscription (DRH, cellule de formation,...) :

.....

Mail :@.....

TEL :

| RADIOPROTECTION PATIENT* | | | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Dates de Session | <i>6 et 7 février 2017</i> | <i>22 et 23 juin 2017</i> | <i>9 et 10 octobre 2017</i> | <i>16 et 17 novembre 2017</i> | <i>15 et 16 février 2018</i> | <i>14 et 15 mai 2018</i> |
| Nombre de participants | <i>COMPLET</i> | | | | | |

*Le coût de la formation est de 300 Euros TTC pour les 2 jours (12 h), déjeuner inclus.

| TUTORAT DES ETUDIANTS MANIPULATEUR* | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Dates de Session | <i>23 et 24 mars 2017</i> | <i>23 et 24 novembre 2017</i> | <i>29 et 30 mars 2018</i> |
| Nombre de participants | | | |

*Le coût de la formation est de 300 Euros TTC pour les 2 jours (12 h), déjeuner inclus.

MERCI DE NOUS ENVOYER CE FORMULAIRE COMPLETE PAR FAX OU PAR MAIL