

BULLETIN D'INSCRIPTION

Conseils personnalisés au 01 44 90 93 91/94 ou formation@ufsbd.fr



Indiquez votre choix

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aix-En-Provence le 5 décembre 2019 | <input type="checkbox"/> Paris le 19 septembre 2019 |
| <input type="checkbox"/> La Rochelle le 3 octobre 2019 | <input type="checkbox"/> Rennes le 26 septembre 2019 |
| <input type="checkbox"/> Lyon le 3 octobre 2019 | <input type="checkbox"/> Strasbourg le 13 juin 2019 |
| <input type="checkbox"/> Nantes le 4 juillet 2019 | <input type="checkbox"/> Toulouse le 20 juin 2019 |
| <input type="checkbox"/> Nice le 19 septembre 2019 | <input type="checkbox"/> Vannes le 5 décembre 2019 |

Informations sur le(s) participant(s)

Nom et prénom du praticien :
 Nom et prénom de l'assistant(e) dentaire qui participe à la formation :
 Adresse du cabinet :
 Code postal : Ville :
 RPPS (carte de l'ordre) : ADELI :
 Tél : Email :

Tarifs même tarif praticien/assistant(e)

Participant(e) adhérent(e) UFSBD 360 €

Participant(e) non adhérent(e) 392 €

Sélectionnez le mode de financement :

Avec le FIF-PL Pour les praticiens libéraux

Je retourne le bulletin d'inscription complété et accompagné d'un chèque de règlement à UFSBD FORMATION 7 rue Mariotte 75017 PARIS
Pour obtenir le remboursement de la formation, je fais ma demande de prise en charge sur www.fifpl.fr

Ce bulletin fait office de devis et programme pour votre prise en charge

Vous êtes dentiste salarié et vous ne répondez pas aux critères mentionnés ci-dessus : retournez le bulletin d'inscription en précisant les documents dont vous avez besoin pour une éventuelle prise en charge de votre formation

Avec ACTALIANS - Pour les assistant(e)s dentaire(s), de cabinet privé

SIRET : 784 719 247 000 57 - N° organisme : 11752372075

Je retourne le bulletin d'inscription complété et accompagné d'un chèque de règlement à UFSBD FORMATION 7 rue Mariotte 75017 PARIS
Pour obtenir le remboursement de la formation, je fais ma demande de prise en charge sur www.actaliens.fr

En remplissant ce bulletin d'inscription je m'engage à participer à la formation dans sa totalité. Une convocation contenant le lieu et la convention de formation me sera adressée environ 15 jours avant la journée de formation. Pour toute annulation ou en cas de non-participation à cette formation, aucun remboursement ne pourra être demandé et l'UFSBD se réserve le droit de vous facturer l'intégralité de la prestation. Dans le cas où le nombre de participants serait insuffisant, l'UFSBD se réserve le droit d'ajourner la prestation au plus tard 15 jours avant la date prévue et ne versera aucune indemnité.

Je suis chirurgien-dentiste et je souhaite apporter mon soutien à l'UFSBD de mon département : je joins un chèque de 50 €