



# FORMATION

## Sensibilisation à l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) en médecine bucco-dentaire *Concepts et pratiques*

### BULLETIN D'INSCRIPTION

#### Avec le FIF PL

Pour les praticiens libéraux

- Je retourne le bulletin d'inscription complété et accompagné d'un règlement de 192 € à UFSBD Formation 7 rue Mariotte 75017 Paris
- Je fais une demande de prise en charge sur [www.fifpl.fr](http://www.fifpl.fr)

#### Je suis assistant(e) dentaire

- Je retourne le bulletin d'inscription complété et accompagné d'un règlement de 290 € à UFSBD Formation 7 rue Mariotte 75017 Paris
- Je fais une demande de prise en charge sur [e.actaliens.fr](http://e.actaliens.fr)

[OPCA PEPSS](http://OPCA.PEPSS)  
[ACTALIENS](http://ACTALIENS)

*En remplissant ce bulletin d'inscription je m'engage à participer à la formation dans sa totalité. Les lieux, horaires et conventions me seront communiqués environ 15 jours avant la journée de formation. Pour toute annulation à moins de 3 semaines de la 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.*

Veillez retourner ce bulletin à :  
UFSBD FORMATION - 7 rue Mariotte, 75017 Paris



# FORMATION

## Sensibilisation à l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) en médecine bucco-dentaire *Concepts et pratiques*

### BULLETIN D'INSCRIPTION

#### Indiquez la date choisie :

- Le 23 janvier 2020 à Bordeaux       Le 16 avril 2020 à Poitiers  
 Le 4 juin 2020 à Bordeaux       Le 18 juin 2020 à Limoges

#### Inscription / praticien :

Nom et prénom du participant : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

RPPS (carte de l'ordre) : .....

Tél : .....

Email (obligatoire) : .....

#### Inscription / assistant(e) dentaire :

Nom et prénom du participant : .....

Nom et prénom de l'employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél : .....

Email (obligatoire) : .....

#### Conseils personnalisés :

Tél. 01 44 90 93 91/94 - Mail : [formation@ufsbdf.fr](mailto:formation@ufsbdf.fr)

Veuillez retourner ce bulletin à :

UFSBD FORMATION - 7 rue Mariotte, 75017 Paris