



## BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION

**À la formation** : ETP niveau 1 – Dispenser l'Éducation Thérapeutique du Patient (42 heures) – Session 21 (cf. catalogue de formation : [www.comet-bfc.fr](http://www.comet-bfc.fr))

**Dates** : 16 et 17 septembre / 10 et 11 octobre / 14 et 15 novembre 2024

**Horaires** : de 9h00 à 17h00 (1 heure de pause déjeuner)

**Lieu** : Dijon

Le déjeuner n'est pas compris dans le coût de formation.

➤ **Coût de la formation** : 400,00 € **ou** tarif adhérent (à titre individuel pour 2024) : 375,00 € (cf. Conditions Générales de Ventes disponibles sur notre site internet)

Prise en charge DPC ou FIF PL : pour savoir si la formation est éligible, nous vous remercions de bien vouloir nous contacter au 03 81 84 54 47 ou par mail : [contact@comet-bfc.fr](mailto:contact@comet-bfc.fr)

➤ **Conditions d'admission** :

- Public : professionnels de santé libéraux et institutionnels, patients et associations de patients de Bourgogne-Franche-Comté
- Pré-requis : aucun
- Date limite de retour du bulletin : 10 juin 2024

Cette inscription n'est pas automatique, nous vous contacterons le 14 juin 2024 par e-mail, après la commission d'admission.

➤ **Accessibilité situation de handicap** : si vous avez des besoins spécifiques en matière d'accessibilité, nous vous remercions de bien vouloir nous contacter au 03 81 84 54 47 ou par mail : [contact@comet-bfc.fr](mailto:contact@comet-bfc.fr).

➤ **Conditions de validation** : les stagiaires doivent participer à l'intégralité des 6 journées en présentiel de la même session et rendre leur carnet de route. (il n'est pas possible de rattraper une ou plusieurs journée(s) de formation sur une autre session, en cas d'absence, la formation ne pourra pas être validée.)

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Date de naissance : .....

Profession : .....

Secteur activité :  Libéral  Hospitalier  Salarié ambulatoire  Autre : .....

N° ADELI ou RPPS pour les professionnels concernés : .....

Adresse professionnelle : .....

.....

Tél : ..... Courriel (**obligatoire**) : .....

Mon établissement / employeur prend en charge cette formation : **400,00€.**  
(Joindre obligatoirement une attestation de prise en charge)

Adresse de facturation : .....  
.....  
.....

E-mail contact : .....

Formation prise en charge par un OPCO (Précisez) :  
.....

Inscription individuelle :

J'adhère à la CoMET BFC pour 2024  
(15,00€, bulletin d'adhésion disponible : [www.comet-bfc.fr](http://www.comet-bfc.fr))

Je ne souhaite pas adhérer

**Qui a initié votre inscription à cette formation ? :**

Vous-même     Votre employeur     Autre : .....

**Quel est votre niveau de connaissance sur l'Education Thérapeutique du Patient :**

.....  
.....

**Quelles sont vos motivations à participer à cette formation ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Quelles sont vos attentes ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....