

BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION

À la formation : ETP niveau 1 – Dispenser l'Éducation thérapeutique du patient (42 heures) – Session 19 (cf. catalogue de formation : www.comet-bfc.fr)

Date(s) : 12 et 13 octobre / 9 et 10 novembre / 7 et 8 décembre 2023

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

Lieu : CoMET-BFC – Bâtiment l'Entrepôt – 7 rue Albert Thomas – 25000 Besançon

Le déjeuner n'est pas compris dans le coût de formation. Il est possible d'apporter son repas et de manger dans la salle de formation. Il y a un micro-onde et un frigo à disposition. Si vous le souhaitez, nous pouvons vous commander un plateau-repas, dans ce cas, merci de nous contacter.

➤ **Coût de la formation :** 400€ **ou** tarif adhérent (à titre individuel pour 2023) : 375€ (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

➤ **Conditions d'admission :**

- Public : professionnels libéraux et institutionnels, patients et associations de patients de Bourgogne-Franche-Comté
- Pré-requis : aucun
- Date limite de retour du bulletin : **28 août 2023**

Cette inscription n'est pas automatique, nous vous contacterons le **31 août 2023** 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.

➤ **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 2023 (15,00€, bulletin d'adhésion disponible : www.comet-bfc.fr) : 375,00€

Je ne souhaite pas adhérer : 400,00€

Qui a initié votre inscription à cette formation ? :

Vous-même Votre employeur Autre :

Quel est votre niveau de connaissance en ETP :

.....

.....

Quelles sont vos motivations à participer à cette formation ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....