

**Bulletin d’inscription**

À retourner à : **URPS Chirurgiens-Dentistes Libéraux de Normandie**

 62 Quai Gaston Boulet, 76000 Rouen

Docteur …………………………………………………………

Adresse ………………………………………………………...

Mail  …………………………………………………………

N° SIRET …………………………………………….

Date de naissance ………………………………………………….

Merci de joindre une copie de votre attestation de versement URSSAF

Je m’inscris à la formation initiale A.F.G.S.U. Niv.2 / Cycle de 3 journées

Site de la formation …………………………………………………

…/…/2022  de 09H00 à 17H30

…/…/2022 de 09H00 à 17H30

…/…/2022 de 09H00 à 17H30

Ci-joint chèque de 300 € (encaissé en cas d’absence) sera rendu sur place aux présents, la formation étant intégralement prise en charge par l’U.R.P.S.C.D.L. Normandie pour les chirurgiens-dentistes normands, libéraux et en exercice.

La validation de votre inscription ne sera effective qu’à réception de votre dossier complet à cette adresse :

URPS Chirurgiens-Dentistes Libéraux de Normandie,

62 Quai Gaston Boulet, 76000 Rouen