

Bulletin d'inscription – SI Faf 18 – à retourner à :

**SFMG - Dépt Formation - 141 avenue de Verdun - 92130 ISSY- LES MOULINEAUX**

|   |                   |
|---|-------------------|
| <b>NOM</b> (en lettres capitales svp) : |                   |
| <b>PRENOM</b> :                         |                   |
| <b>ADRESSE Professionnelle</b> :        |                   |
| <b>CP</b> :                             | <b>VILLE</b> :    |
| <b>TEL</b> :                            | <b>Portable</b> : |
| <b>E-mail</b> :                         |                   |
| <b>Logiciel médical utilisé</b> :       |                   |
|   |                   |

  Pour **votre** inscription, votre envoi **doit** comporter :

- Une copie de l'attestation de contribution à la formation professionnelle, pour l'exercice d'activité 2017 ou 2016 (si vous ne disposez pas de ce document, il est à demander auprès de votre URSSAF).**
- Chèque de caution de 250 euros à l'ordre de la SFMG**  
*(- Rendu à l'issue de la formation, sous réserve de la remise de l'attestation de cotisation à la formation professionnelle continue, encaissé au bout de 30 jours dans le cas contraire, - Toute absence, non justifiée, implique l'encaissement de la caution).*

|  |   |
|--|---|
| <b>Intitulé de la formation choisie</b> : .....  |   |
| Date : ____ / ____ / 2018  |   |
| <b>Je désire bénéficier de la nuitée la veille de la formation :</b>                         | <b>OUI</b> <input type="checkbox"/> <b>NON</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>Pour les formation informatique : Je viens avec mon ordinateur portable ou tablette :</b> | <b>OUI</b> <input type="checkbox"/> <b>NON</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>Intitulé de la formation choisie</b> : .....  |   |
| Date : ____ / ____ / 2018  |   |
| <b>Je désire bénéficier de la nuitée la veille de la formation :</b>                         | <b>OUI</b> <input type="checkbox"/> <b>NON</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>Pour les formation informatique : Je viens avec mon ordinateur portable ou tablette :</b> | <b>OUI</b> <input type="checkbox"/> <b>NON</b> <input type="checkbox"/> |

La SFMG prend en charge les frais de déplacement des médecins adhérents, à jour de leur cotisation annuelle (année 2017 : 35 € pour une première adhésion ; 70 € pour un renouvellement ) dans la limite de 150 euros (base tarif seconde classe SNCF, sur présentation des titres de transports originaux – Plus de détails sur [www.sfmg.org](http://www.sfmg.org)