
ATTESTATION DE FORMATION A LA MAITRISE DE STAGE
Mercredi 13 septembre 2023 de 13h30 à 16h30 en visioconférence

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse professionnelle (n°, bât, rue, code postal, ville) :

Téléphone :

Courriel :

Profession :

Spécialité (à préciser pour les médecins et pharmaciens) :

Mode d'exercice dominant :

- **Libéral :** oui non
- **Salarié (y compris hospitalier) :** oui non

Numéros RPPS ou ADELI :

Prise en charge employeur : oui non

Date d'inscription :