

BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner **avant le 10 juin 2025** avec le règlement / Renseignements : 05 55 05 63 57 / dept.formation@chu-limoges.fr
N° de déclaration d'activité : 75870168087 / Certifié QUALIOPi N° QUA2109A0CHLIM

Madame Monsieur Nom : Prénom :

Fonction :

Etablissement employeur :

Adresse employeur :

Téléphone : E-mail :

N° RPPS / ADELI :

Frais d'inscription

- ▶ 50€ par participant (déjeuner inclus)
- ▶ *gratuit pour les étudiants*

MODALITE DE RÈGLEMENT

- Inscription à titre individuel (*accompagnée du règlement par chèque bancaire à l'ordre du Trésor public*)
- Inscription prise en charge par l'employeur
- Inscription prise en charge par un organisme de gestion de fonds de formation
- Gratuit pour les étudiants

CHOISISSEZ VOS ATELIERS PAR ORDRE DE PRÉFÉRENCE (DE 1 À 4)* :

ATELIER 1 - Simulation d'une téléconsultation assistée

ATELIER 2 – Les outils d'intelligence artificielle au service de la santé

ATELIER 3 - Organiser la prise en charge du patient en télé médecine

ATELIER 4 - Jeu : Mission e-santé

* La répartition dans les ateliers se fera par ordre d'arrivée des bulletins d'inscription.

ADRESSE DE FACTURATION

Etablissement :

Représenté par :

N° SIRET :

Service :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

Les annulations d'inscription doivent être transmises par courrier/mail au Département formation professionnelle :
2 avenue Martin Luther King - 87042 Limoges cedex ou dept.formation@chu-limoges.fr.

Date et signature du participant

Date, cachet et signature du responsable
de l'organisme si prise en charge par l'employeur