



# FICHE D'INSCRIPTION

FORMATION INITIALE DES PERSONNES COMPETENTES EN RADIOPROTECTION

SECTEUR « MEDICAL » NIVEAU II

## RAISON SOCIALE DU CO-CONTRACTANT *(A renseigner)*

RAISON SOCIALE et N° SIRET	
ADRESSE	
CODE POSTAL ET VILLE	

## COORDONNEES ET CHOIX DES MODULES DU OU DES PARTICIPANT(S) *(A renseigner)*

Avez-vous le niveau baccalauréat scientifique ou technologique à orientation scientifique ?

Oui  Non *(Si « Non », demandez le formulaire prérequis.)*

	1	2
NOM ET PRENOM		
DATE ET LIEU DE NAISSANCE		
TELEPHONE		
E-MAIL		
<i>Modules théorique tronc commun (3j)</i>		
<i>Modules appliqués sources scellées, générateur de rayonnements X et accélérateur de particules (4,5J)</i>		
<i>Modules appliqués sources non scellées et des sources scellées nécessaires à leur contrôle (5J)</i>		

## COORDONNEES POUR LA FACTURATION *(A renseigner)*

RAISON SOCIALE	
NOM ET PRENOM <i>(RESPONSABLE SUIVI ADMINISTRATIF/FINANCIER)</i>	
ADRESSE	
CODE POSTAL ET VILLE	
TÉLÉPHONE	
FAX	
E-MAIL	

Renseignements à envoyer à [contact@progray.com](mailto:contact@progray.com)