



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)*

	1	2
NOM ET PRENOM		
DATE DE NAISSANCE		
TELEPHONE		
E-MAIL		
<i>Modules théorique et appliqué communs (5j)</i>		
<i>Modules théorique et appliqué sources scellées, générateur de rayonnements X et accélérateur de particules (4j)</i>		
<i>Modules théorique et appliqué 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