



FICHE D'INSCRIPTION

FORMATION RENOUVELLEMENT DES PERSONNES COMPETENTES EN RADIOPROTECTION

SECTEUR « Médical » 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 théoriques et appliqués sources scellées, générateur de rayonnements X et accélérateur de particules (17 heures (+ examens), réparties sur 3 jours)</i>		
<i>Modules théoriques et appliqués sources non scellées et sources scellées nécessaires à leur contrôle (21 heures (+ examens), réparties sur 4 jours)</i>		
<i>Modules théoriques et appliqués sources scellées, générateur de rayonnements X et accélérateur de particules Modules théoriques et appliqués sources non scellées et sources scellées nécessaires à leur contrôle (24 heures (+ examens), réparties sur 4 jours)</i>		

COORDONNEES POUR LA FACTURATION (A renseigner)

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

Renseignements à envoyer à contact@progray.com