



FICHE D'INSCRIPTION

FORMATION RENOUVELLEMENT 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 | |

Un niveau équivalent au baccalauréat à orientation scientifique est prérequis pour accéder à la formation de personne compétente en radioprotection

Possédez-vous ce niveau (engagement de votre employeur) ? Oui Non

Une photographie d'identité doit être fournie (selon normes service-public.fr).

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

| | 1 | 2 |
|---|---|---|
| NOM ET PRENOMS | | |
| 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