

A adresser à :

avant le 10 mai 2010

Association « Réseau ONCOLOR »

Formation n° F 36.10

6 avenue de Bourgogne

54500 Vandoeuvre-lès-Nancy

Fax : 03 83 59 85 16

FORMATION

Intitulé : Formation certifiante : Manipulation et organisation du travail au sein d'une Unité Centralisée de Préparation des Chimiothérapies anticancéreuses

Ouverture de la plateforme : 31 mai au 18 juin 2010

Journée de vérification des acquis : Lundi 14 juin 2010 (7h : 8h30-16h30)

Examens : théorique Jeudi 24 juin 2010 ; Date limite du rendu de l'examen pratique : Vendredi 02 juillet 2010

Lieu : Centre Alexis Vautrin

Avenue de Bourgogne – 54511 VANDOEUVRE les NANCY cedex

Prix : Ets membres du réseau Oncolor : Participation forfaitaire de 630 € par stagiaire

Ets non membres : Participation forfaitaire de 730 € par stagiaire

FRAIS D'ENSEIGNEMENT PRIS EN CHARGE PAR (cocher la case correspondante)

Budget formation de l'établissement

Le participant

Organisme de formation

Autres (préciser)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARTICIPANTS

L'établissement désigné ci-dessous **inscrit** **personne(s)** dont les renseignements figurent AU VERSO de ce bulletin

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ETABLISSEMENT

Nom de l'établissement

Adresse

Code postal Ville

Adresse de facturation, si différente

Adresse d'envoi de la convention de formation, si différente

Coordonnées du responsable du service formation

Tél Fax

Adresse e-mail

REGLEMENT

Seule une inscription effectuée à l'aide du bulletin d'inscription revêtu de la signature et du cachet de la direction de formation de l'établissement est recevable. L'inscription définitive au stage ne sera effective qu'à réception de la Convention de Formation accompagnée et de votre règlement effectué par chèque bancaire à l'ordre du réseau ONCOLOR, ou par virement (RIB à retirer) ou par mandat administratif. Une convocation vous sera alors adressée.

Signature et cachet de la direction de formation
de l'établissement

Fait à

le

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARTICIPANTS

rayer les mentions inutiles	Identité des stagiaires(*)	Type d'équipement(*) et responsable UCPC(*)	Etablissement d'exercice
M., Mme, Melle	Nom : Prénom : Fonction : <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie <input type="checkbox"/> Pharmacien e-mail :	Votre établissement dispose-t-il d'une unité centralisée de préparation des chimiothérapies ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Quel est le type d'équipement disponible pour les préparations ? <input type="checkbox"/> hotte à flux d'air laminaire vertical <input type="checkbox"/> isolateur, préciser : <input type="checkbox"/> isolateur de stockage <input type="checkbox"/> isolateur flux tendu Identité du responsable de l'UCPC qui participera à votre évaluation pratique : Nom-Prénom : e-mail :	
M., Mme, Melle	Nom : Prénom : Fonction : <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie <input type="checkbox"/> Pharmacien e-mail :	Votre établissement dispose-t-il d'une unité centralisée de préparation des chimiothérapies ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Quel est le type d'équipement disponible pour les préparations ? <input type="checkbox"/> hotte à flux d'air laminaire vertical <input type="checkbox"/> isolateur, préciser : <input type="checkbox"/> isolateur de stockage <input type="checkbox"/> isolateur flux tendu Identité du responsable de l'UCPC qui participera à votre évaluation pratique : Nom-Prénom : e-mail :	

(*) renseignement obligatoire

rayer les mentions inutiles	Identité des stagiaires(*)	Type d'équipement(*) et responsable UCPC(*)	Etablissement d'exercice
M., Mme, Melle	Nom : Prénom : Fonction : <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie <input type="checkbox"/> Pharmacien e-mail :	Votre établissement dispose-t-il d'une unité centralisée de préparation des chimiothérapies ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Quel est le type d'équipement disponible pour les préparations ? <input type="checkbox"/> hotte à flux d'air laminaire vertical <input type="checkbox"/> isolateur, préciser : <input type="checkbox"/> isolateur de stockage <input type="checkbox"/> isolateur flux tendu Identité du responsable de l'UCPC qui participera à votre évaluation pratique : Nom-Prénom : e-mail :	
M., Mme, Melle	Nom : Prénom : Fonction : <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie <input type="checkbox"/> Pharmacien e-mail :	Votre établissement dispose-t-il d'une unité centralisée de préparation des chimiothérapies ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Quel est le type d'équipement disponible pour les préparations ? <input type="checkbox"/> hotte à flux d'air laminaire vertical <input type="checkbox"/> isolateur, préciser : <input type="checkbox"/> isolateur de stockage <input type="checkbox"/> isolateur flux tendu Identité du responsable de l'UCPC qui participera à votre évaluation pratique : Nom-Prénom : e-mail :	

(*) renseignement obligatoire