

## MES COORDONNÉES ET MON RÉCAPITULATIF

Nom: .....

Prénom: .....

Adresse: .....

E-mail: .....

Tél.: .....

N° Adeli: ..... ou RPPS: .....

Année de diplôme: .....

Accepteriez-vous que vos coordonnées soient communiquées à nos partenaires? OUI  NON

**Important: pour participer aux Journées dans le cadre de votre DPC, précisez impérativement votre n° Adeli ou RPPS.**

**Adhésion SOP 2017** .....  **99 €**

### Tarifs Formation radioprotection

• **non-adhérent** .....  **345 €**

• **adhérent** .....  **300 €**

• **DPC\*\*** .....  **395 €**

**TOTAL GÉNÉRAL** ..... **€**

*\*\* DPC : 395 € (indemnité directe = 157,50 € + différée = 98 €)*