

**COLLOQUE**

**"Les événements indésirables associés aux soins :**

**déclarer, analyser, s'améliorer"**

14 novembre 2016

Date

**FORMULAIRE DE DEMANDE D’INSCRIPTION**

❑ Madame ❑ Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Besoins spécifiques (accessibilité personnes handicapées) :

Acceptez-vous que vos coordonnées soient transmises aux autres participants ?

❑ oui ❑ non

Souhaitez-vous déjeuner au restaurant administratif ? (le déjeuner est à la charge du participant – tarif 10 euros)

❑ oui ❑ non

**Formulaire à renvoyer avant le 21 octobre par mail à :**

**dgs-communication@sante.gouv.fr**