

**ANTALGIE OPTIMISÉE POUR LA RECUPERATION ACCELEREE APRES  
CHIRURGIE (RAAC).**

**Nom :** .....

**Nom de naissance :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Téléphone portable :**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Email personnel :** .....

**Adresse personnelle :** .....

**Statut :**     Libéral > 50 %                       Salarié                       Libéral et salarié

**N° RPPS :**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**N° ADELI :**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Profession :** .....

**Spécialité :** .....

**Établissement :** .....

**Adresse professionnelle :** .....

**Libéral** avez-vous un compte mondpc ?  OUI  NON

*Si « non » nous sommes à votre disposition pour vous aider à accomplir cette démarche.*

Je m'inscris à ce programme sur mon compte mon dpc ?  OUI  NON

**Salarié :** Prise en charge des frais de formation par :             Le praticien                       L'établissement

**Contact Affaires médicales (nom, prénom):** .....

**Mail contact :** .....

*Signature et Tampon de l'établissement (obligatoire)*

**A nous retourner à**  
**FORMACO 6 rue Pétrarque, 31000 Toulouse**  
ou par Mail : [formaco.dpc@gmail.com](mailto:formaco.dpc@gmail.com)