Institut National de Médecine Agricole

BULLETIN INSCRIPTION DIPLÔME DE MEDECINE AGRICOLE

A retourner par mail dûment complété : arfouilloux.delphine@inma.fr

Nom ..... Prénom ..... Sexe : H □ F □

Né(e) le ..... À ..... Nationalité .....

Adresse : .....

Code Postal et Ville : ..... Mobile .....

Mail (*obligatoire*) : .....

⚠ ***(Tous les échanges se feront par mail. Indiquer une adresse mail fiable et régulièrement consulté)***

Dans le cas d'une validation du Diplôme de Médecine Agricole, l'étudiant accepte d'être inscrit sur la liste d'aptitude aux fonctions de Médecin du travail en agriculture*:

❑ oui ❑ non

**Cette inscription permet de recevoir de la Caisse Centrale de MSA pendant 3 ans, les offres d'emploi des Services de Santé du Travail en Agriculture.*

FONCTION ACTUELLE

❑ Étudiant(e) en fin d'études de médecine (2e cycle validé)

❑ Médecin diplômé :

❑ Activité libérale :

❑ Médecine générale en milieu rural ❑ Médecine générale en milieu urbain

❑ Spécialité. Préciser laquelle : .....

❑ Activité salariée :

❑ Médecin hospitalier. Préciser la spécialité : .....

❑ Médecin salarié. Préciser la fonction :.....

❑ Autre situation. Préciser laquelle : .....

❑ INSCRIPTION A TITRE INDIVIDUEL

Inscription individuelle : **2 200 €** par chèque ou virement bancaire (paiement en plusieurs fois possible)

❑ INSCRIPTION PAR UN ORGANISME OU UNE INSTITUTION

Inscription par un organisme ou une institution : **3 500** € par chèque ou virement

(Pour les entreprises ou organismes, les dépenses engagées sont déductibles au titre de la formation professionnelle continue)

. Coordonnées de l'organisme employeur (Raison sociale, adresse, tél) :

.....

.....

. Personne en charge de l'inscription (nom, tél, courriel) :

.....

.....

.....

Date - Signature - Cachet