

BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION AU DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE D'INFIRMIÈRE EXPERTE EN UROLOGIE



Qualification :

IBODE , CSIbode , CS , IDE

Service :

Nom du Médecin Chef du Service :

M. , Mme , Mlle Nom : Prénom : Adresse professionnelle :

Téléphone : - Télécopieur :

Je suis à jour de ma cotisation à l'Association Française des Infirmiers et
Infirmières en Urologie. Oui Non

J'ai bien noté que si ma demande d'inscription au DIU est retenue, je devrai m'acquitter de la cotisation à l'AFIIU (24 euros), des droits d'inscription à la faculté (190 euros) et des frais pédagogiques (580 euros par an). Les modalités du règlement me seront adressées lors de la confirmation de ma participation au DIU.

Ci-joint, une lettre de motivation, un curriculum vitae et la lettre de recommandation de l'urologue référent.

Date :

Signature :

A retourner avant le 10 septembre 2011

au secrétariat d'Urologie, Mme Claudine Huet - CHU-Hôpitaux de Rouen

1 rue de Germont, 76031 Rouen Cedex - Tél. : 02.32.88.81.73

Fax : 02.32.88.82.05 - E-mail : claudine.huet@chu-rouen.fr

Nous vous rappelons que :

- vos frais d'hébergement et de transport sont à votre charge ou assurés par votre établissement dans le cadre de la formation continue (n° d'agrément 2376P002876),
- les déjeuners du jeudi et vendredi (déjeuners en groupe avec l'ensemble des participants) et les pauses sont prises en charge par l'organisation.
- les dates précises des formations vous seront communiquées après confirmation de votre inscription.