

DEMANDE DE CONTACT

VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE

VISITEUR MÉDICAL

INSTRUCTIONS : Complétez les zones de saisies sur votre ordinateur et envoyez le tout à l'adresse :

ifdms@efom.fr 

CERTIFICATION VISÉE : Titre national de visiteur médical RNCP9673

Code ROME D1405 – Conseil en information médicale

Organisme Certificateur : Le LEEM (LEs Entreprises du Médicament)

L'IFDMS est labellisé par le LEEM pour l'accompagnement à la VAE Visiteur Médical

ÉTAT CIVIL DU CANDIDAT :

Prénom :	<input type="text"/>	Nom usuel *:	<input type="text"/>
Date de naiss. :	<input type="text"/>	Nationalité :	<input type="text"/>
N° et rue :	<input type="text"/>	Code postal :	<input type="text"/>
Ville :	<input type="text"/>	Mail :	<input type="text"/>
Téléphone fixe :	<input type="text"/>	Mobile :	<input type="text"/>

ZONE RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION DE L'IFDMS :

DEMANDE REÇUE LE	<input type="text"/>
ENTRETIEN LE	<input type="text"/>

SITUATION DU CANDIDAT :

Niveau de formation (choisissez) : Diplôme obtenu le plus élevé (choisissez) :

Vous êtes salarié(e) en CDI depuis le : en CDD jusqu'au :

Intitulé du poste actuel :

Vous êtes inscrit(e) au Pôle Emploi depuis le : N° d'identifiant PE :

Nombre d'années d'expérience en promotion de produits de santé :

FINALISATION DE VOTRE DEMANDE :

Ce document n'est pas un dossier d'inscription. Nous vous recontacterons pour un entretien de recevabilité (phase 1 de l'accompagnement de la VAE).

Je soussigné(e) : , certifie exactes les informations mentionnées sur ce dossier.



Les informations recueillies dans ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé dans le cadre du processus administratif de la gestion de la formation continue. Vous pouvez les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations.