



BULLETIN D'INSCRIPTION AUX FORMATIONS

Merci de remplir le bulletin ci-dessous et de rayer la mention inutile sur les deux derniers items

Nom de la Formation	
Dates	
Nom du Stagiaire	
Prénom du Stagiaire	
Fonction	
RPPS/ADELI	
Mode d'exercice	
Etablissement	
Adresse	
CP	
Ville	
Nom du Chargé de formation/Signataire de la convention	
Mail du Chargé de Formation	
Mail du Stagiaire	
Prix	
Mode de Paiement	Virement – Chèque à l'ordre de Formation Continue Santé 30% à la Commande et 70% après la formation
Je souhaite rester informer des formations proposées par Formation Continue Santé	Oui Non