



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	COMPAGNONNAGE IHAB	
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	
Je souhaite rester informer des formations proposées par Formation Continue Santé	Oui Non	