

BULLETIN D'INSCRIPTION à compléter

ATTENTION ! un bulletin par participant et par formation

Le paiement de la formation se fera le jour même

NOM DE LA FORMATION :

Participant

Nom :

Prénom :

Fonction :

Etudiant

Personnel paramédical

Personnel médical

Adresse :

CP :

Ville :

Tél. :

Mail :

Organisme :

Particulier / inscription à titre individuel

CHU de Montpellier (Merci de nous renvoyer ce bulletin et de faire passer une demande de formation au service de formation du CHRU)

Autre établissement

Si vous avez coché « autre établissement » :

Désignation :

Adresse :

CP :

Ville :

Responsable de la formation continue :

Nom :

Prénom :

Tél. :

Mail :

Date et signature du stagiaire

Cachet de l'établissement et signature du responsable

S
doc
Roussillon