
BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM PRÉNOM.....

FONCTION.....

NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT

.....

.....

TEL..... EMAIL..... FAX.....

Je m'inscris à la session intitulée :

Dates :

Inscription

Individuelle

Dans le cadre de la formation continue

Ci-joint un chèque d'un montant de..... € représentant la totalité des frais pédagogiques ou un acompte de 30 % pour réservation (à l'ordre de CARTE Soins Palliatifs)

En cas d'annulation moins d'un mois avant le début de la formation, l'acompte sera dû pour frais de dossier