

BULLETIN D’INSCRIPTION FORMATION INTER

Bulletin à retourner par mail à : maisondelaformation@hlrs-lamusse.net ou à Maison de la formation – Hôpital La Musse - CS 20119 – 27 180 Saint Sébastien de Morsent.

COORDONNEES DE L’ETABLISSEMENT :

Nom de l’établissement : ………………………………………………………………………………..

FORMATION

Titre : ……………………………………………………………………………………………………

Dates : ……………………………………….

Lieu : ……………………………………………………………………………………………………

PARTICIPANT :

Nom : ……………………………………………………Prénom :…………………………………

Fonction : ………………………………………………………………………………………………

E-mail : ………………………………………………………………………………………………….

Adresse : ………………………………………………………………………………………………..

Code postal : …………….. Ville : …………………………………………………………………….

REGLEMENT :

* Par chèque bancaire à l’ordre de : Hôpital La Musse
* Par virement bancaire : IBAN FR76 3000 3030 8500 0372 6204 115 (BIC : SOGEFRPP)

Date

Signature et cachet de l’établissement