

Bulletin d'inscription

Bulletin à photocopier ou à télécharger sur le site internet www.larenaissancesanitaire.fr

A retourner par mail à formationcontinue@hlrs-lamusse.net ou par fax au 02 32 29 30 47
ou à Service Formation Continue – Hôpital La Musse
BP 119 – 27 180 Saint Sébastien de Morsent

FORMATION

Titre :

Code :

Dates :

Lieu :

Coût :

PARTICIPANT :

Mme Mlle M.

Nom : Prénom :

Fonction :

E-mail :

Adresse :

Code postal : Ville :

COORDONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement :

N° siret :

Adresse :

Téléphone : Fax :

Personne chargée de l'inscription :

Tél. :

E-mail :

Adresse d'envoi de la convocation :

Nom du responsable formation :

Signataire de la convention :

Règlement :

Par chèque bancaire à l'ordre de : Hôpital La Musse

Par virement bancaire : SG PARIS SAINT MICHEL 10 rue THENARD 75005 PARIS
Compte N° 30003 03085 00037262041 15

En signant ce bulletin, j'accepte les conditions de prestations de formation dont j'ai pris connaissance, telles qu'elles sont définies dans le catalogue de formation continue La Musse.

Date

Signature et cachet de l'établissement