

BULLETIN D'INSCRIPTION

Formulaire à imprimer et nous retourner à:
MPSI Santé Social - 27 cami dera Sablera - 65200 Orignac
ou par messagerie: contact@mpsi-sante.fr
Une proposition de convention vous sera adressée en retour.

FORMATION :

Intitulé de la formation :

Référence

Dates :

Lieu :

PARTICIPANT :

M.

Mme

Prénom :

Nom :

Fonction :

Numéro de téléphone :

(pour vous joindre en cas de modification)

Courriel :

Adresse professionnelle ou personnelle *(pour vous adresser la convocation)* :

ETABLISSEMENT :

Nom de l'établissement employeur :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Code Siret :

Nom responsable formation :

Prénom :

Courriel :

Téléphone:

Prise en charge et règlement de la formation :

Règlement pris en charge par :

Adresse de facturation complète (si différente):

Fait à :

Le :

Inscription dans la limite des places disponibles.

Paiement à réception de la facture.

Signature et cachet :