

BULLETIN D'INSCRIPTION

Formulaire à nous retourner rempli et signé par courriel à : formation@mpsi-sante.fr.

Une convention de formation et convocation vous seront adressées en retour.

Inscription dans la limite des places disponibles. Paiement à réception de la facture.

FORMATION

Intitulé de la formation :

Date(s) :

Lieu :

PARTICIPANT

Madame

Monsieur

NOM Prénom :

Fonction :

Courriel :

Nom de l'établissement employeur :

ETABLISSEMENT

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

SIRET, SIREN ou FINESS :

NOM, Prénom et Fonction de la personne en charge du suivi de l'inscription :

Courriel :

NOM, Prénom et Fonction du signataire de la convention de formation (si différent) :

Courriel (si différent) :

Prise en charge et règlement de la formation

Règlement pris en charge par :

Adresse de facturation (si différente) :

Fait à :

Le :

Signature et cachet :

