

À RETOURNER par courrier ou par fax

Panacéa Conseil & Formation Santé
168 bis-170 rue Raymond Losserand
75014 PARIS - Fax : 01 72 69 06 67

BULLETIN D'INSCRIPTION

SESSION(S) CHOISIE(S)	DATE	LIEU	COÛT HT	RÉF.

Inscription individuelle (tous les champs sont obligatoires)

Coordonnées du bénéficiaire M^{me} M^{lle} M.

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

Fonction : N° RPPS ou N° ADELI :

Établissement et adresse :

Code postal : Ville :

Adresse personnelle :

Téléphone : Email :

Inscription convention de formation professionnelle (tous les champs sont obligatoires)

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code postal : Ville :

Responsable de formation :

Téléphone : Email :

Coordonnées des participants

Nom et prénom : Nom de naissance :

Fonction : Date de naissance :

Email : N° RPPS ou N° ADELI :

Nom et prénom : Nom de naissance :

Fonction : Date de naissance :

Email : N° RPPS ou N° ADELI :

Nom et prénom : Nom de naissance :

Fonction : Date de naissance :

Email : N° RPPS ou N° ADELI :

Nom et prénom : Nom de naissance :

Fonction : Date de naissance :

Email : N° RPPS ou N° ADELI :

CAT 2017

Fait le : à :

Signataire :

Signature et cachet de l'établissement

Ce bulletin doit être daté, signé et accompagné, si l'inscription se fait à titre individuel, du règlement des frais de formation. Le montant total s'entend TTC (inclure le taux de TVA à 20 %). Une facture acquittée tenant lieu de convention vous sera adressée dès réception. Chèque à l'ordre de Panacéa Conseil.

La signature de ce bulletin vaut acceptation sans réserve des conditions générales de vente consultables sur notre site www.panacea-conseil.com.

Consultez l'agenda de nos formations sur notre site www.panacea-conseil.com