BULLETIN D'INSCRIPTION

THÈME DE FORMATION .....
.....
.....

À imprimer et à retourner par courrier à :

DOXÉA SANTÉ
2, allée Hector Berlioz
95130 Franconville
Mail : sante@groupedoxea.com
Fax : 01 34 14 86 36

Dates(s) ..... Lieu ..... Coût / personne .....

INSCRIPTION DANS LE CADRE DE LA FORMATION CONTINUE

Nom de l'établissement : .....

Adresse de l'établissement : .....

Code Postal |_|_|_|_|_| Ville .....

Téléphone standard |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

	Nom des stagiaires	Prénom des stagiaires	Fonction
1			
2			
3			
4			
5			

Responsable de formation :

Monsieur / Madame / Mademoiselle .....

Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail .....

Fait le ..... à ..... Signature ou cachet de l'établissement :

INSCRIPTION À TITRE INDIVIDUEL : Joindre votre règlement par chèque à l'ordre d'Action Santé.

Nom ..... Prénom .....

Adresse ..... Ville ..... CP |_|_|_|_|_|

Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Email .....

Fait le ..... à ..... Signature :

La signature de ce bulletin vaut acceptation sans réserve de nos conditions générales de vente consultables sur notre site www.doxeasante.com ou dans notre catalogue.