

BULLETIN D'INSCRIPTION

FORMATION : LE RAISONNEMENT CLINIQUE AU SERVICE DE LA
TRANSMISSION CIBLEE DANS MILLENIUM

A REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

Dates de la session choisie : **24 09 2019**

Nom (M^{me} - M.) : Prénom :

Date de naissance : N°ADELI :

Adresse personnelle :

..... ☎

Nom & Adresse de l'employeur :

.....

.....

☎ :

📧 :

adresse mail de l'employeur

Fonction exercée :

Motif de la demande :

.....

.....

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

Etablissement :

Adresse :

.....

Je soussigné(e),, agissant en qualité de

m'engage, par la présente, à prendre en charge les frais afférents à cette session.

Je souhaite qu'une convention soit établie ☐ oui ☐ non

A, le

Signature & cachet