



INSTITUT EUROPÉEN DE FORMATION EN SANTÉ

la performance en plus



BULLETIN D'INSCRIPTION

INTITULE DE LA FORMATION :

Réf OGDPC :

Dates :

Coût du stage : **Joindre un chèque d'acompte de 150 € à l'ordre de IEF Santé**

PARTICIPANT

Nom : Nom de naissance (si différent) :

Prénom :

Fonction : **Service :**

Adresse professionnelle :

Tél :

e-mail :

Mobile :

Numéro RPPS ou ADELI :

EMPLOYEUR (si activité salariée)

Etablissement :

Adresse :

Tél :

E-mail :

RESPONSABLE DE FORMATION

Nom :

Fonction :

Tél :

E-mail :

Bon pour accord et inscription

Date :

Cachet et signature

