

BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél. :

Montant TTC euros :

Numéro du stage :

Intitulé :

Session de :

Organisme de facturation et adresse :

.....

.....

.....

.....

A compléter et envoyer à :
Mr Samir BOUDRAHEM
Centre Médical MANGINI
01110 HAUTEVILLE -LOMPNES
Tél : 04 74 40 45 11