

BULLETIN D'INSCRIPTION

Intitulé de la formation :

A retourner :

IFSI Libourne CH Garderose 70 Rue des réaux BP 199 33505 Libourne Cedex

Nom : Prénom :

Adresse Personnelle :

.....

Adresse Employeur :

.....

Tel : Fax :

Email :@.....

Secteur d'activité :

Fonction actuelle :

Le règlement sera effectué par :

Vous-même, par chèque à l'ordre du Trésor public **avec l'inscription**, une facture sera adressée après l'encaissement.

Un organisme de gestion de fonds de formation. Nom et adresse

.....

La facture sera envoyée en fin de session par le service de financier, pour le paiement

N° d'activité 72330769533- Siret 26330565800019



Centre Hospitalier
Libourne