

# BULLETIN D'INSCRIPTION

À retourner par courrier à :

Initiatives Santé – Formation continue – 102 rue Étienne Dolet - 92240 Malakoff

Contact : Courriel : [pamela.neyt@initiativessante.fr](mailto:pamela.neyt@initiativessante.fr) • Tél. : 01 76 21 92 77

## UNIVERSITÉ DES CADRES DE SANTÉ PARIS - LES 5, 6 ET 7 DÉCEMBRE 2018

930 € TTC  
3 jours

Établissement : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

### PARTICIPANT

Mme  M.  .....

Nom : .....

Prénom : .....

Fonction : .....

Ligne directe : .....

Courriel : .....

Coût de la formation, en € TTC : .....

### GESTIONNAIRE DE L'INSCRIPTION

Mme  M.  .....

Nom : .....

Prénom : .....

Fonction : .....

Ligne directe : .....

Courriel : .....

### INFORMATIONS À FAIRE MENTIONNER SUR LA FACTURE

Établissement : .....

Service ou contact : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Fait à : ..... Cachet et signature obligatoires : .....

Le : .....