

BULLETIN D'INSCRIPTION

Formation limitée à 30 places

Madame/Monsieur.....

Prénom.....

Fonction.....

Adresse/Etablissement.....
.....
.....

Tél. E-mail

Je soussigné (e)

Accepte les modalités d'inscription

Date Signature

INSCRIPTION PAR CONVENTION

Organisme Formateur : **Institut CURIE – Hôpital**


Numéro **11 75 1202975**

Dans le cadre d'une demande de Convention au titre de la formation professionnelle prise en charge par l'employeur : (à compléter)

Nom et Adresse Employeur
.....
.....

Responsable de formation : M/Mme

Tél. E-mail

Date..... Cachet : 

Signature.....

DROITS D'INSCRIPTION

Comprenant : 2 journées de formation + 4 Pauses
Déjeuners libres

- Prise en charge institutionnelle : 1340€
- Prise en charge individuelle
et membres du personnel des CLCC : 300 €

PAIEMENT

Ci-joint la somme dex..... =.....€

Copie de mon virement bancaire

RIB Institut Curie à demander par email
Chantal.martinez@curie.fr

Adresser votre Bulletin + Paiement à :

Chantal Martinez
Institut CURIE Hôpital
chantal.martinez@curie.fr

Fin des inscriptions le 15 mai 2023