

FORMATION SOUHAITEE : _____

DATES SOUHAITEES : _____ LIEU : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE STAGIAIRE : M. Mme

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse personnelle : _____

CP : _____ Ville : _____ Profession : _____

Tél : _____ Mail : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR (Si applicable) :

Raison sociale de votre employeur : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopie : _____

Mail : _____

Dès réception de cette fiche d'inscription, une convention de formation vous sera envoyée.

Votre inscription sera effective dès réception de la convention signée et du **chèque d'un montant de 500€ à l'ordre d'APPORT SANTE.**

Vous recevrez avec la convocation, un mois avant la date du stage, une notice vous indiquant l'itinéraire d'accès et les adresses des hôtels des environs.

Pour tout renseignement, n'hésitez pas à contacter le service formation d'APPORT SANTE :

Tél : 04 42 642 642 - Fax : 04 42 50 97 89 - Mail : contact@apport-sante.org

Le : _____ A : _____

Signature et Cachet de l'entreprise :

Fiche à retourner datée et signée à :

APPORT SANTE- Service formation

350, Avenue J.R. Guilibert Gauthier de la Lauzière

13 290 AIX EN PROVENCE

Ou par mail à l'adresse : contact@apport-sante.org