

# 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

## COMMUNIQUER EN SITUATION DE SOINS DIFFICILE PARIS – LE 7 FÉVRIER 2018

384 € TTC ... 1 jour

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 : .....