

A Photocopier et à retourner à :

MEDICAL INTERFACE
2, PLACE ANTONIN JUTARD - 69003 LYON
ou à faxer au 04 78 95 39 68

■ ETABLISSEMENT

RÉFÉRENCE CLIENT PUBLIC PSPH PRIVÉ

ETABLISSEMENT

ADRESSE (com plète)

TÉL FAX

PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER :

M^{ME} M^{LLE} M

PRÉNOM NOM

FONCTION SERVICE

TÉL FAX

E-MAIL

AVANTAGES INSCRIPTION

- Inscrivez-vous au plus tard 1 mois avant la date de formation et bénéficiez d'une réduction immédiate de **20 €**
- Inscrivez-vous à plusieurs sur une formation et bénéficiez de **-5 %** sur la 2^e inscription et **-10 %** sur la 3^e inscription.
Au delà, contactez-nous !

Offres non cumulables

■ PARTICIPANT

M^{ME} M^{LLE} M

PRÉNOM NOM

FONCTION SERVICE

TÉL FAX

■ FORMATION CHOISIE

INTITULÉ

DATE LIEU

FORMULE D'INSCRIPTION :

JOURNÉE D'ÉTUDE

COÛT (€) EN EXONÉRATION DE TVA
(Inscription + 2 pauses par jour + Déjeuner dans un hôtel *** ou de prestations équivalentes)

SEMI-RÉSIDENTIELLE

COÛT (€) EN EXONÉRATION DE TVA
(Inscription + 2 pauses par jour + Déjeuner + Hébergement dans un hôtel *** (lieu de formation) ou de prestations équivalentes + petit déjeuner)

ACCORD DE LA DIRECTION POUR
LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION

Date et signature

CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT

ACCUSÉ DE RÉCEPTION
DU BULLETIN D'INSCRIPTION

(la confirmation définitive vous parviendra ultérieurement)

Partie Réservee à MEDICAL INTERFACE