



Bulletin d'inscription formation continue **SANTÉ ENVIRONNEMENTALE ET PRATIQUES DE SOIN**

Participant :

Nom : Prénom :

Fonction ou qualification :

E-mail :

Tel :

Adresse :

Société/ Hôpital / Clinique / Organisme :

Raison sociale :

N° de Siret :

Adresse :

Code postal : Ville :

Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA) :

Raison sociale :

N° de Siret :

Adresse :

Code postal : Ville :

Adresse de facturation :

Adresse :

Code postal : Ville :

- Je joins à mon inscription un chèque de 10 % du montant de la valeur totale de la formation, soit 340 euros, à l'ordre de IFSEN.**