



FICHE D'INSCRIPTION

A retourner à :
IFSI - Centre Hospitalier Jacques Lacarin
BP 2757 - 03207 Vichy Cedex
Contact : Secrétariat (04 70 97 33 31)

Etablissement :

Responsable à contacter :

Adresse de facturation :

Code Postal : Ville :

Tél : Fax :

E-mail :

Demande de convention : oui non

Nombre de personnes inscrites :

Coût de la formation :pers x 1650 € TTC =

Session 1 (de juin. à déc. 2012)	
Nom et Prénom des participants	Fonction