

Formulaire d'inscription AFGSU post JAMU 2019

Date(s) de(s) session(s) souhaitée(s) :

Cochez une ou deux dates souhaitées

AFGSU post JAMU	Lundi 23 septembre <input type="checkbox"/>	Mardi 24 septembre <input type="checkbox"/>
	Jeudi 14 novembre <input type="checkbox"/>	Vendredi 15 novembre <input type="checkbox"/>

Coordonnées du participant

Nom (*) : _____ Prénom (*) : _____ Med IDE

Adresse prof. (*) : _____

CP (*) : _____ Ville (*) : _____

Tel (*) : _____ Email (*) : _____

Prise en charge de la formation professionnelle

Société : _____ Contact (*) : _____

Adresse (*) : _____

CP (*) : _____ Ville (*) : _____

Tel (*) : _____ Fax : _____ Email (*) : _____

Votre référence : _____

Si l'adresse de facturation est différente, merci de compléter le cadre ci-dessous :

Prise en charge de la facturation

Société : _____ Contact (*) : _____

Adresse (*) : _____

CP (*) : _____ Ville (*) : _____

Tel (*) : _____ Fax : _____ Email (*) : _____

Votre référence de facturation : _____

Les champs marqués d'un * sont obligatoires.