

Code(s) de la formation ou des modules retenus : Date(s) de(s) session(s) souhaitée(s) :

--	--

Coordonnées du participant

Nom (*) : _____ Prénom (*) : _____

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

A retourner par courrier ou mail à : IRESU - SAMU des Hauts de Seine - Hôpital Raymond Poincaré 92380
GARCHES - info@iresu.fr