

BULLETIN D'INSCRIPTION

(☞ UN SEUL BULLETIN PAR FORMATION ET PAR PARTICIPANT)

Bulletin à renvoyer complété soit :

- **Par courrier** à Form' à IV Compétences 20 rue Jean Méliès 11000 Carcassonne
- **Ou par mail** à forma4competences@orange.fr

Intitulé de la formation : BILAN PARTAGE DE MEDICATION : MISE EN PRATIQUE

Date _____ Prix 360 € Titulaire et 285€ adjoint et préparateurs Déjeuner inclus

Participant

Mme Mr. Prénom _____ Nom _____

Fonction _____ Numéro RPPS

N° téléphone _____ E-mail _____

Adresse (☞ Obligatoire pour l'envoi de la convocation)

Etablissement

Dénomination sociale de l'officine _____

Responsable _____

Adresse (☞ Obligatoire pour l'envoi de la convention de formation) _____

Téléphone _____ E-mail _____

N° SIRET _____ Code NAF _____

Facturation

Etablissement à facturer si différent de l'entreprise _____

Adresse _____

Téléphone _____ E-mail _____

Prise en charge Actalians faire un chèque de caution de 45 euros à l'ordre de Form' à IV compétences

Par chèque à l'ordre de Form' à IV Compétences

Fait à _____ le _____

Signature

Cachet de l'établissement