Formulaire d'inscription formations

A retourner à :
Granville Santé
304 boulevard du Québec
50400 Granville

Nom : ..... Adresse :.....

Prénom : ....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Souhaite participer à la formation .....,

qui se déroulera le ..... à Granville. (Nombre de place limité)

☑ J'adhère à Granville Santé je règle la somme de 50€ pour les libéraux, 15 € pour les salariés.

☐ Je souhaite faire une demande de DPC, je m'inscris sur le site www.mondpc.fr, j'adresse un chèque du montant de la formation à l'ordre de Normandy Formation qui ne sera pas encaissé, il me sera rendu dès que j'aurai obtenu mon accord de prise en charge.

☐ Je n'ai pas de prise en charge, j'adresse un chèque du montant de la formation à l'ordre de Normandy Formation qui sera encaissé.

Je note qu'à moins de 10 jours avant la date de formation, les frais engagés ne me seront pas remboursés.

Profession : .....

☐ Exercice libéral Numéro ADELI :.....

☐ Salarié Employeur :
(Nom, coordonnées et cachet)

Signature :