

BULLETIN D'INSCRIPTION - Formation
Un bulletin par formation et par personne

Intitulé de la formation :

.....

Date(s) : Tarif :

Mme Mr

Nom : Prénom :

Fonction :

Adresse mail :

Nom et adresse de l'établissement :

.....

.....

Téléphone :

Type de l'établissement : ES EHPAD FAM MAS IME

Statut de l'établissement : public privé

Paiement par :

Chèque libellé à l'ordre de l'A.P.P.I.A.S (Association Pour la Prévention des Infections Associées aux Soins)

Virement (à réception de la facture et d'un RIB)

Toute modification de participant doit être signalée au secrétariat.

Toute inscription non annulée **quinze jours** avant le début de la formation sera due.

Bulletin à renvoyer, par courrier, fax ou mail à :

CPias Auvergne Rhône-Alpes

Hôpital Henry Gabrielle

20 route de Vourles

69230 Saint Genis Laval

Tél : 04 78 86 49 30 / Fax : 04 78 86 52 82

nathalie.breymand@chu-lyon.fr