



Bulletin d'inscription individuel
Centre Hospitalier de Bretagne Sud
Institut de formation des professionnels de la santé

A compléter et renvoyer à :
C3S 5 avenue de Choiseul 56100 Lorient
Ou réservation d'inscription par fax au 02 97 06 74 84 ou par mail à contact@c3s-orient.org

Intitulé de la formation :
Date :

Participant

Nom (Mme/Mlle/M.) :
Prénom :
Fonction exercée :
Téléphone
Fax
E-mail :@.....
Adresse
Code postal : Ville :

Le soussigné atteste avoir pris connaissance des conditions générales de vente

A..... Le.....

Signature du participant