



Bulletin d'inscription pour organisme
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 :

Organisme

Nombre de participants :

Objet :

Téléphone

Fax

E- mail :@.....

Adresse

Code postal :Ville :

Le soussigné atteste avoir pris connaissance des conditions générales de vente

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

Cachet
(Nom et qualité de la personne signataire)

Signature du responsable
de formation

Empty box for stamp or signature.