

STAGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE BULLETIN D'INSCRIPTION À TITRE PROFESSIONNEL

CODE STAGE :
INTITULE du STAGE :
DATES de la SESSION :

Mme M. NOM :

PRÉNOM :

Adresse professionnelle :
Complément d'adresse :
Code postal
Pays :
Tél. fixe :

Ville :

Mobile :

E-mail (en majuscules) indispensable pour confirmation inscription et informations :

Profession :

Activité : salariée libérale mixte

ou association / organisme représenté(e) :

Champ d'exercice :

Santé - Sanitaire Education Médico-Social Association

Recherche-Enseignement sup. Formation

Autres (merci de préciser)

DROITS et TARIFS D'INSCRIPTION :

stage 1 jour	240 € <input type="checkbox"/>
stage 2 jours	450 € <input type="checkbox"/>
stage 3 jours	675 € <input type="checkbox"/>

TOTAL : _____ €

RÈGLEMENT :

Une convention sera adressée à l'employeur pour la prise en charge. Un règlement partiel par chèque ou par virement sera demandé à réception de la facture correspondant à la formation délivrée.

Date et signature

Merci d'envoyer ce bulletin complété, daté et signé :

- par internet à : contact@appea.org

- par courrier postal à :

APPEA Formation continue
19, rue Damesme 75013 PARIS

Tél : 07 82 75 28 84 - E-mail : contact@appea.org