

BULLETIN D'INSCRIPTION
POUR FORMATION(S) EN INTRA-ETABLISSEMENT

A renvoyer à :

Monsieur Le Directeur AFIP SANTE 102-104 avenue Henri Barbusse 47000 AGEN

Nombre de stagiaires prévus (12 MAXI) :	Thème de la Formation :
Nombre de stagiaires prévus (12 MAXI) :	Thème de la Formation :
Nombre de stagiaires prévus (12 MAXI) :	Thème de la Formation :
Nombre de stagiaires prévus (12 MAXI) :	Thème de la Formation :
Nombre de stagiaires prévus (12 MAXI) :	Thème de la Formation :

Dés votre engagement confirmé, une convention de formation sera établie.

Fait à Le

Nom et Prénom :

Fonction :

Signature

Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »

*Conformément au règlement général de la formation,
AFIP SANTE se réserve le droit d'annuler toute formation n'ayant pas suffisamment de stagiaires.*