

**BULLETIN D’INSCRIPTION FORMATION**

A retourner par mail à defis@mariegalene.org

Ou par Fax au : 05 56 08 32 09

Ou **DEFIS** - Maison de santé Marie Galène – 30, rue Kléber – 33200 Bordeaux

**Intitulé du stage :**

**Date(s) :**

**Lieu :**

**Coût du stage €/personne**

**Les coordonnées de l’établissement :**

Nom de l’établissement :

Adresse :

Téléphone : Fax :

Mail de l’établissement :

Nom du responsable Formation :

Mail du responsable Formation :

**Les stagiaires :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Adresse mail | Fonction |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Règlement :**

* Par chèque bancaire à l’ordre de DEFIS
* Par virement bancaire (RIB sur demande)

**Conditions générales des prestations de formation**

En signant ce bulletin d’inscription, j’accepte les conditions de prestations de formation dont j’ai pris connaissance, telles qu’elles sont définies dans la plaquette. Ces conditions sont aussi disponibles sur simple demande auprès de la Direction de la formation de DEFIS ou sur son site internet : www.mariegalene.org