



FORMULAIRE DE DEMANDE

Un seul formulaire de demande par participant

Date de la demande :

ETABLISSEMENT/SOCIETE : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____

INTERLOCUTEUR : _____

TEL : _____ FAX : _____

MAIL : _____

PARTICIPANT/STAGIAIRE

Mademoiselle

Madame

Monsieur

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : __/__/__

FONCTION : _____

THEME DE FORMATION SOUHAITE :

OBSERVATION/ INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

A nous retourner par courrier, mail ou fax :

ACTIFORMA : ACTION FORMATION SANTE

24, Rue Benoît Bennier
69260 CHARBONNIERES-LES-BAINS

Mail : action@formationsante.fr

Fax : 04 78 24 47 90

Vous recevrez une confirmation par mail.