

Bulletin d'inscription

Intitulé de la formation : _____

Date de session : / /

Etablissement / Professionnel libéral

Nom Etablissement / Cabinet : _____

Type de structure ou cadre d'activités :

Etablissement de santé Etablissement medico-social Exercice libéral

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Coordonnées du responsable de la formation continue :

Nom et Prénom : _____ Fonction : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Participants

Nom—Prénom	Fonction	Date de naissance	RPS ou n°Adeli	Coût
Nombre de participants :			Montant total des inscriptions :	

Contact :

Courriel

centreformation
@clinique-styves.fr

Courrier

Clinique Saint-Yves
Centre de Formation
4 Rue Adolphe Leray
CS 54435
35044 RENNES CEDEX

**Demande
de renseignements**

**Responsable
centre de formation**
Madame LLACUNA
02.99.26.25.95

**Assistante
centre de formation**
Madame LIZE
02.99.26.26.27