

# 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