

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Responsabilité médicale

Nom :

Adresse postale :

Prénom :

Adresse mail :

Société :

Numéro de téléphone :

Date(s) de formation(s) souhaitées :

Formation 1

- 3 décembre de 9h à 12h30
- 8 décembre de 14h à 17h30

Formation 2

- 3 décembre de 14h à 17h30
- 8 décembre de 9h à 12h30

Inscription

Pour vous inscrire, merci de préalablement envoyer un e-mail à l'adresse « nantes@racine-formation.eu ». Veuillez ensuite compléter et retourner ce formulaire accompagné du règlement pour finaliser votre inscription.

Date limite d'inscription : 8 jours avant la date de formation choisie. En cas d'indisponibilité, vous avez la possibilité de reporter votre participation sur une autre date. Aucune annulation ni remboursement ne sera possible.

Tarifs

- Formation 1 **ou** Formation 2 : **220 euros HT** (264 euros TTC)
- Formation 1 **et** Formation 2 : **380 euros HT** (456 euros TTC)

Règlement par chèque à l'ordre de :

Racine
33 rue Lamoricière
BP 98849
44188 Nantes Cedex 4