

Demande d'inscription à une action de formation professionnelle

CNAM

Nom : Prénom :

Activité

Adresse :

Ville : Code Postal :

Tél. : Fax : Émail :

N° ADELI de professionnel de santé:.....

Centre de santé d'appartenance:.....

N° FINESS de centre de santé:

CPAM de rattachement:

INTITULÉ DE LA FORMATION

.....

LIEU DE FORMATION

Ville :

DATES DU STAGE

Du au

Ci-joint chèque d'arrhes de 160 euros à l'ordre d'ISIS et une feuille de soins barrée.

J'atteste sur l'honneur avoir pris connaissances des conditions générales.

J'accepte, qu'en cas de désistement moins de 15 jours avant la première journée de formation, ou si je ne peux pas suivre totalement ou partiellement la formation sans motif grave (voir les conditions générales), ISIS conserve le chèque d'arrhes.

Cachet Professionnel

Fait à :

Le :

Signature :