BULLETTIN D'INSCRIPTION

Nom et prénom ……...

Adresse complète……

Code Postal et ville……..

Téléphone……

Mail……

Activité……

Je suis intéressé(e) par la formation qui se déroulera à la clinique du Médipôle de Savoie
Avenue des Massettes 73190 Challes les Eaux de 08h30 à 17 h

Du « **»**

« J'accompagne ce bulletin d'inscription d'un chèque de caution libellé à « OM » Thérapie de …… €.

DATE : Signature :

Bulletin à retourner à Brigitte Bugli « OM » Thérapie, 1981 route royale 73190 Challes les Eaux.
Pour information : Tél : 06 58 61 62 39 – Mail : omtherapie@gmail.com