



BULLETIN DE PARTICIPATION

ECOLE de la SEP pour les Professionnels de Santé

du mardi 15 avril 2014

NOM

PRENOM

Votre ville d'activité :

Profession :

IDE libéral (e) IDE hospitalier (e) Cadre de santé

Tél. :/...../...../...../.....

Mail*@

A écrire en lettres majuscules, svp, pour une meilleure relecture.

*Pour préserver l'environnement et pour une prochaine invitation, nous vous serions reconnaissants de nous transmettre votre email.

Etes-vous :

Adhérent au Réseau Rhône-Alpes SEP

Non Adhérent au Réseau Rhône-Alpes SEP

Participera à cette formation :

OUI

NON

Veillez nous retourner ce formulaire à :

FAX : 04.27.86.92.50

secretariat@rhone-alpes-sep.org

TEL : 04.72.68.13.14

Avec tous nos remerciements,
La Cellule de coordination



STUDIOSANTE®

