

FICHE D'INSCRIPTION - BON DE COMMANDE

Formations INTER 2011

Titre de la Formation : _____

Dates de la Formation : _____

Association / Etablissement : _____

Adresse postale (complète) : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

E-mail : _____

NOM et Prénom du (des) stagiaire(s)	Fonction du (des) stagiaire(s)

A _____,

le _____

Signature :

Organisme enregistré sous le numéro : 26 21 00087 21

(Cet enregistrement ne vaut pas agrément d'Etat)

**UNION REGIONALE INTERFEDERALE DES ORGANISMES PRIVES SANITAIRES ET SOCIAUX
à but non lucratif**

Votre interlocuteur "Formations" à l'URIOPSS Bourgogne : Marie HERNANDEZ-HOUPLINE