



Ré.S.P.13

BULLETIN D'INSCRIPTION AUX FORMATIONS 2009

Nom :

Prénom :

Profession :

exercice libéral

activité salarié

Si exercice libéral, nom du Cabinet, si il ya lieu :

Si salarié, nom de la structure employeur:

Adresse professionnelle:

Adresse personnelle :

Téléphone prof:

Téléphone personnel :

Mobile :

courriel :

Je demande mon inscription aux journées suivantes :

Vendredi 13 mars : matin après-midi

Samedi 14 mars : matin après-midi

Vendredi 17 avril : matin après-midi

Vendredi 5 juin : matin après-midi

Vendredi 23 octobre : matin après-midi

Samedi 24 octobre : matin après-midi

Vendredi 27 novembre : matin après-midi

Dans le cadre de mon activité libérale mon activité salariée

Fait le à

Signature

Réseau de Soins Palliatifs des Bouches du Rhône

tél. : 04 42 99 08 04 – fax : 04 42 63 08 56 – resp13@wanadoo.fr

Adresse : 36, cours des Arts et Métiers - 13100 Aix en Provence

Siège social : Hôpital St Joseph – 26 bd de Louvain -13285 Marseille cedex 08

Siret n°449 765 551 00014