

BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Adresse professionnelle :

Mail :

Je souhaite m'inscrire à la formation intitulée : Pertinence des soins de rééducation après lésion de l'appareil fléchisseur qui aura lieu le 09/10 en distantiel (durée 2 heures)

Je joins un chèque d'un montant de 200€ à l'ordre de DA3P

J'adresse ce chèque ainsi que mon inscription à : Dr V.TRAVERS , 10 avenue Maréchal Foch
69006 LYON

Je recevrai quelques jours avant la formation le lien ainsi que l'horaire exacte

Signature