

BULLETIN D'INSCRIPTION - PARIS 24 MAI 2013

NOM : -----

PRENOM : -----

PROFESSION : -----

ADRESSE PERSONNELLE : -----

ADRESSE PROFESSIONNELLE : -----

TEL : ----- FAX : -----

EMAIL PROFESSIONNEL : -----

EMAIL PERSONNEL : -----

TARIF

- Etudiants – retraités (joindre justificatif) 30 €
- Adhérents de l'AFIREM à titre individuel 40 €
- Non adhérents 50 €
- Formation continue 70 €

Mon employeur désire recevoir une convention de formation

Conditions d'annulation : 30 % du montant de l'inscription restera acquis à l'AFIREM

Merci d'adresser le bulletin d'inscription et le chèque libellé à l'ordre de l'AFIREM à :
AFIREM - Hôpital des Enfants Malades - 149 rue de Sèvres - 75730 PARIS Cedex 15

Tél : 01.44.49.47.24 ou 09.77.84.09.25 – Fax : 01.42.73.13.14 - Email : afirem@orange.fr

LIEU DE LA FORMATION

Centre de Sèvres – 35 bis rue de Sèvres – 75006 PARIS
Métro : ligne 10 ou 12 : Sèvres-Babylone