



Bulletin d'inscription formation

Formation choisie :

Dates de la formation :

Mme M.

Nom :

Prénom :

Profession :

Adresse personnelle :

Code postal :

Ville :

Tél. personnel :

Tél. professionnel :

E-mail :

Merci de joindre un CV avec votre candidature

Votre employeur

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

Nom du contact formation continue :

Prise en charge des frais de formation

Financement personnel :

Chèque à l'ordre d'ACB

L'inscription est définitive à réception du règlement

Inscription employeur avec convention :

L'inscription est définitive à réception de la convention signée

En attente de réponse

L'A.C.B. se réserve le droit d'annuler ces formations si le nombre d'inscrits est insuffisant

La demande doit être adressée par mail ou par courrier à :

Amis du Centre Claude Bernard

Service Secrétariat de Direction

20 rue Larrey – 75005 Paris

☎ 01.43.37.16.16 ✉ acb@centreclaudobernard.asso.fr

Siret : 381188 382 00026 – APE : 8559B - N° d'enregistrement d'activité : 11 75 16 100 75