CENTRE HOSPITALIER

89 rue Cazeaux Cazalet

33410 CADILLAC

 BULLETIN D’INSCRIPTION

Madame PALEM Emmanuelle (à nous retourner dûment complété)

Responsable GPMC/Formation continue

*emmanuelle.palem@ch-cadillac.fr*

**STRUCTURE** : …………………………………………………………………………………..

E-mail : ……………………………………………………………………………………………

**INTITULE FORMATION** : ………………………………………………………………………

Date(s) : ………………………………………………………………………………………….

Participant(s) à inscrire :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom – Prénom** | **Métier** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Date :

Nom et signature du responsable de la structure :