

À RETOURNER SELON LE SITE DE LA FORMATION

Site Angers :
Institut de Cancérologie de l'Ouest
Organisme de Formation
15 rue André Boquel
49055 ANGERS CEDEX 02

Site Saint-Herblain :
Institut de Cancérologie de l'Ouest
Organisme de Formation
Bd Jacques Monod
44805 SAINT-HERBLAIN CEDEX

Mme M. NOM : Prénom :

RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) OUI NON

Si OUI, nous reviendrons vers vous pour préparer au mieux votre accueil.

Fonction Service

Etablissement

Adresse

CP : VILLE

Tél. : Fax :

E-Mail :

S'inscrit à la formation suivante :

Date(s) de la formation :

Tarif de la formation : €

Frais d'inscription : pour les libéraux : dès l'inscription, à régler par chèque bancaire à l'ordre de
l'Institut de Cancérologie de l'Ouest

Pour les établissements : sous 30 jours à compter de la réception de la facture

Dans le cadre d'une demande de convention au titre de la Formation Professionnelle prise en charge par
l'employeur, veuillez préciser :

Votre Responsable Formation

NOM Prénom

Fonction Service

Tél. : Fax :

E-mail :

Date :/...../.....

Signature du Responsable
et cachet du service formation

Sauf opposition de votre part, les noms et adresses des participants sont informatisés afin de faciliter la gestion et l'organisation des formations. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ces informations pourront faire l'objet d'un droit d'accès ou de rectification.