

**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 : ..... PRENOM : .....

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

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

Fonction : ..... Service : .....

Établissement : .....

Adresse professionnelle : .....

CP : ..... VILLE : .....

Tél. : ..... E-Mail : .....

**S'inscrit à la formation suivante :** .....

Date(s) de la formation : .....

Tarif de la formation (en euros / €) : .....

**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 et cachet

*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.*