



CENTRE PAUL STRAUSS
centre régional de lutte contre le cancer

Remplir un bulletin
ou une photocopie
par participant

Bulletin à retourner
au moins **2 mois avant**
la date de la formation,
selon la date de la session
à l'adresse suivante :

**Unité de formation
en cancérologie**

Centre Paul Strauss
3, rue de la Porte de l'Hôpital
BP 30042
67065 Strasbourg cedex

Tél. : 03 88 25 24 15
Fax : 03 88 25 85 86

cps-formation
@strasbourg.fnclcc.fr

N° 42.67.011.81.67

N° SIRET
778 853 309 00012

BULLETIN D'INSCRIPTION

Formation

Intitulé _____

Dates _____

Participant

Nom (Mme, Mlle, M.) _____

Prénom _____

Fonction _____

Tél. _____

Email _____

Établissement

Nom _____

Adresse _____

Email _____

Responsable de formation _____

Tél. _____

Fax _____

N° Siret _____

Code APE _____

Règlement

Ci-joint un chèque de €
à l'ordre de « Centre Paul Strauss - Unité de formation en cancérologie »,
correspondant au montant total de l'inscription.

Le règlement sera effectué par un fonds de formation (FAF, ASFO...)

Coordonnées _____

La signature de ce bulletin d'inscription signifie l'acceptation sans réserve des conditions de participation figurant dans la brochure. Nous vous adresserons un accusé de réception et une facture - convention de formation, sur votre demande.

Date _____

Signature obligatoire

Cachet de l'entreprise

