

## BULLETIN D'INSCRIPTION DE FORMATION

À retourner à :

AMAE Santé

4, rue Pierre Brossolette

92130 ISSY-LES-MOULINEAUX

**Numéro d'organisme de formation : 11 92 17236 92**

ou par fax au +33(0)1 46 38 24 69

ou par courrier électronique à [pthibault@amae-sante.fr](mailto:pthibault@amae-sante.fr)

Merci de remplir les informations ci-dessous indispensables  
à la prise en compte de votre inscription.

### Entreprise ou organisme

Raison sociale : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

 : ..... Fax : .....

N° Siret : .....

Code APE/NAF : .....

Représenté par : Mme  Mlle  M  .....

Directeur(trice)  DRH  Autre  .....

Responsable de Formation : Mme  Mlle  M  .....

 : ..... E-Mail : .....

Personne chargée du dossier : .....

 : ..... E-Mail : .....

### Stage

Intitulé : .....

Référence : .....

Dates et lieu : .....

### Coordonnées du participant

Nom : ..... Prénom : .....

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

 : ..... E-Mail : .....

Pour tout renseignement complémentaire, merci de contacter  
le **06 15 32 05 91** ou le **06 88 37 96 36**