

FORMATION EN LIGNE - BULLETIN D'INSCRIPTION MÉDECINA retourner par mail à formation.axisante@cgm.com**COORDONNÉES**

Prénom et Nom :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone : Mobile :

Email :

POUR VOUS INSCRIRE A UNE SESSION PERSONNALISÉE

1. Cochez ci-dessous le pack de votre choix (valable 1 an) :

- 140 €** pour 1 h de formation
- 599 €** pour 5h de formation
- 990 €** pour 10h de formation

2. Précisez le mode de règlement choisi :

- Par Prélèvement**
- Par Virement** IBAN : FR76 3000 4008 9200 0105 4352 521
- Par CB**
- Par chèque** à l'ordre de CompuGroup Medical Solutions - A retourner à :
CompuGroup Medical Solutions
40, av. Théroigne de Méricourt - CS 59975
34967 Montpellier Cedex 2

3. Retournez le bulletin signé par mail à formation.axisante@cgm.com

Date, cachet et signature du Médecin :