

Bulletin d'inscription

AFCMS - 403 rue Marcel Demouque - BP 51278 – 84911 AVIGNON Cedex

Nom-Prénom _____ Tél _____

Adresse _____

Mail _____ Profession _____

Diplôme(s) et année(s) _____

Numéro ADELI _____ (obligatoire)

Exercez-vous en tant que : Ostéopathe Kinésithérapeute Médecin

(Cochez les cases concernées)

Je m'inscris au stage suivant (et verse un acompte de 162 €)

-

Je m'inscris au pack ____ stages (renseigner le nombre de stages et nommer les stages choisis ci-dessous) :

-

-

-

-

-

-

-

-

(Les 3 rubriques suivantes sont obligatoirement renseignées.)

Je verse un acompte de 162 €

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions financières et je les accepte.

Je certifie être ostéopathe D.O. enregistré ADELI et que ma responsabilité civile professionnelle est à jour.

Date :

Signature :