

INSCRIPTION FORMATION IFREMMONT

Organisme :	Domaine d'Activité :
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mr Nom :	Prénom :
Fonction :	Etudiant : <input type="checkbox"/> (cocher case et joindre un justificatif)
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Tél. :	Fax :
e-mail :	Site Internet :

Je m'inscris à la session de Formation dispensée par l'IFREMMONT – Institut de Formation et de Recherche en Médecine de Montagne.

- Formation théorique "sos mam" (1 jour) = 200€ - acompte 50€ à l'inscription.**
- Formation théorique (2 jours) = 400€ -acompte 200€ à l'inscription. + 1 journée pratique terrain en option = 200€**
- Stage pratique hiver (4 jours) = 800€ -acompte 240€ à l'inscription. (voir conditions sur le programme)**
- Stage performance haute altitude (1 jour) = 300€ - acompte 100€ à l'inscription.**

DATE DE LA FORMATION : _____

- Je participerai donc à cette session de formation et m'engage à payer un acompte pour confirmer mon inscription par chèque à l'ordre de l'Ifremmont ou par virement bancaire.**

Référence bancaire

Code banque	Code guichet	N° compte	Clé RIB
30003	00103	00037261530	09

IBAN : **FR76 3000 3001 0300 0372 6153 009**
BIC-ADRESSE SWIFT : **SOGEFRPP**

- Etudiant réduction de 50 % sur les formations théoriques et de 25 % sur les formations pratiques.**
**(tarif étudiant non applicable au stage pratique hiver 2018)*

→ L'organisateur se réserve le droit de modifier certains éléments du programme en fonction des confirmations de certains intervenants.

→ Ce bulletin engage votre participation à cette session. En cas d'annulation de votre participation, l'avance ne sera pas remboursée.

Fait à : _____, le : _____

Cachet et signature :

Merci de renvoyer ce bulletin à l'Ifremmont
par e-mail : formation@ifremmont.com
par fax : au 04 50 53 84 06
ou par courrier : IFREMMONT– Hôpital de Chamonix –
74400 Chamonix
n° de déclaration d'activité : 8274 02125 74