

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 (2 jours) = 400€ -acompte 200€ à l'inscription. + 1 journée pratique terrain en option = 200€

Stage performance haute altitude (2 jours) = 800€ - acompte 300€ 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

*(tarif étudiant non applicable au stage haute performance et aux formations pratiques)

→ 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