

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 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 été (5 jours) = 1 500€ - acompte 500€ à l'inscription.
- Stage pratique hiver (5 jours) = 1 500€ - acompte 500€ à l'inscription.
- 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.

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.

→ 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 –
509 route des Pèlerins
74400 Chamonix
n° de déclaration d'activité : 8274 02125 74