

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

FORMATION RSSI/SSI EXPERT SANTÉ VERSION 2

A remplir par vos soins selon le calendrier disponible sur notre site

Date retenue :

Lieu :

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

E-mail : _____ Téléphone : _____

Etablissement : _____

Adresse : _____

Ville et Code Postal : _____

Adhérent (e) de l'APSSIS: oui non

L'Association doit vous fournir :

Une facture à l'adresse mentionnée

Une facture à l'adresse suivante : _____

Un document d'émargement

Une convention de formation

Autres documents : _____

Commentaire :

Renvoyez votre inscription à APSSIS – 84 rue du Luart – 72160 DUNEAU

ou par email sur secretaire@apssis.com

