

Bulletin d'inscription Formation continue en soins palliatifs 2012

Titre du cours : _____

Date : _____

Participants(es) :

Nom	Prénom	Fonction dans l'établissement

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

Localité : _____

Tél. : _____

Date et signature : _____

A retourner à : **ASCOR**
Av. du Général-Guisan 58
1800 Vevey

E-mail : emsp.formation@gmail.com
Fax : 021 973 16 25