



N°d'agrément 12-782-18

## BULLETIN D'INSCRIPTION

Formation Intitulée : .....

Date du stage : .....

### Entreprise ou organisme du/des participant(s)

Identification: .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Personne à contacter (formation, administratif) : .....

Email: .....

### Participant(s)

Nom & Prénom : ..... Fonction : .....

### **Bulletin à photocopier et à retourner au département formation de l'institut OSI**

Par mail : [contact@osipharm.com](mailto:contact@osipharm.com)

*En cas d'annulation d'inscription du participant moins de 7 jours avant le début de la formation, la totalité du coût sera due.*

*La formation pourra être annulée faute d'un nombre minimum de participants. Dans ce cas, l'établissement sera informé au minimum 7 jours avant le début de la formation.*

Fait à .....

Le .....

Signature + Cachet de l'entreprise