



# BULLETIN D'INSCRIPTION

## FORMATION Tarification des établissements hospitaliers

**DATE DE LA SESSION : 2 AVRIL 2020**

1 JOUR DE FORMATION DE 9H30 A 17H

**Lieu :** Mutualité Française Grand Est, 15 rue Ste Catherine – 54000 NANCY

Nombre de places limité

**COÛT DE LA FORMATION PAR PARTICIPANT : 50 €\***

NOM du groupement : .....

Adresse : .....

### MERCI DE REMPLIR UN BULLETIN D'INSCRIPTION PAR PARTICIPANT

Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : .....

Adresse de convocation (si différente du groupement) : .....

.....

Tél : ...../...../...../...../.....

Tél portable: ...../...../...../...../.....

E-mail (**obligatoire pour la confirmation d'inscription**) :

.....

Participera au repas :

OUI

NON

Date et signature :

Cachet du groupement

\*Le règlement se fera à réception de la facture.

En cas d'annulation du participant dans les 5 jours précédant la formation, les frais seront facturés.

**Bulletin d'inscription à retourner à :**

**MUTUALITE FRANCAISE GRAND EST - 8, rue de la Durance - 67100 STRASBOURG**

**npedron@mfge.fr - Tél : 03.88.55.91.74**