

Bulletin d'inscription
Formation « santé communautaire »
05 octobre ou 17 novembre

M^{me}/ M^r

Nom :

Prénom :

Fonction :

Organisme :

Adresse :

Code Postal : 93 _ _ _ Ville :

Tél. :

Fax :

Mél. :

Je souhaite participer à la session du :

05 octobre

17 novembre

A retourner avant le 20 septembre 2009 au :

CODES 93

Université Paris 13 – UFR de Santé, Médecine et Biologie Humaine

74 rue Marcel Cachin 93000 Bobigny

Tél./Fax : 01 48 38 77 01

Mél. : codes93@codes93.org

A photocopier si besoin