

ECRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE, SVP

Mme M

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse privée _____

NPA/lieu _____

Téléphone privé _____

E-mail _____

Je ne travaille pas dans une institution

Je travaille dans l'institution suivante:

Institution _____

Fonction _____

Adresse _____

NPA/lieu _____

Téléphone professionnel _____

E-mail _____

Choix du module

Module A 1

Module B 1

Module C 1

Module A 2

Module B 2

Module C 2

Module A 3

Module B 3

Module C 3

Prix par module

CHF 400.- membres ARPIH

CHF 600.- non-membres

Total CHF _____.-

Où adresser la finance d'écolage

au participant à l'institution

autre:

Adresse _____

NPA/lieu _____

Les soussignés ont pris connaissance des conditions financières de participation ainsi que des frais de désistement et déclarent les accepter.

Date _____

Signature de l'intéressé-e

Cachet de l'institution

Signature du responsable