

RENSEIGNEMENTS ET DEMANDE DE DEVIS

A retourner par mail b.weisser@trilogie-sante.com, Fax : 01 39 76 66 24 ou courrier à
Trilogie formation – 31 avenue Lucien René Duchesne – 78170 La Celle Saint-Cloud

Formation souhaitée : La responsabilité médicale et hospitalière

NOM	
PRENOM	
FONCTION	
SERVICE	
ADRESSE	
CP	
VILLE	
TELEPHONE	
EMAIL	
NOMBRE DE PERSONNE	
LIEU DE LA FORMATION	
VOTRE DEMANDE	