

BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM :

PRÉNOM :

NÉ(E) LE :

TÉL. FIXE :

TÉL. MOBILE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

COURRIEL :

PROFESSION :

Numéro de SIRET (activité libérale, auto-entrepreneur, etc) :

COMMENT NOUS AVEZ-VOUS CONNUS ?

JE M'INSCRIS À LA CONFÉRENCE :

LA GESTALT-THÉRAPIE COMME ESTHÉTIQUE

CONFÉRENCIER : JEAN-MARIE ROBINE

DATES : 27 MARS 2020

HORAIRES : 19H-21H

LIEU : PARIS

TARIF : 25 euros

Je joins mon chèque de 25 euros à l'ordre de IFFP.

(à renvoyer à I.F.F.P. 231, rue Paul Doumer, 78510 Triel sur Seine)

Je reconnais avoir pris connaissance et accepte les conditions d'inscriptions figurant dans le programme.

DATE

SIGNATURE