

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Rue :

Code postal + Ville :

Pays :

Tél professionnel :

Portable :

Email :

Université vétérinaire d'origine :

Année de sortie :

Désire m'inscrire à la formation Ostéopathie 1ère année :

Je règle la formation dans sa totalité (11 modules) :

Je règle la formation avant chaque bloc (de 2 ou 3 modules) :

Date du début de la formation :

Date + Signature :

A retourner complété et signé:

par mail à: contact.stoamedicines@gmail.com

par la poste: STOA-Medicines, Rue du Vieux Chalet 24, CH-1635 La Tour-de-Trême

Coordonnées bancaires:

Banque Raiffeisen Moléson

Compte en CHF: IBAN: CH80 8012 9000 0095 0117 2

Compte en euros: IBAN: CH94 8012 9000 0095 0111 4