

Formation des médecins du travail

La présente fiche doit être renvoyée à l'ISST par fax au : 71 57 19 02

Entreprise :

Adresse :/ Code postal :

Email :

Tél :

Fax :

Nom et prénom du responsable de formation :

Email du responsable de formation :

Nom et prénom du participant :

Poste occupé :

Inscription à(aux) la formation(s) suivante(s) :

	Thème	Date	Coût
☐	MED1 : Détecter un poste de travail à risque de TMS	6 octobre 2015	150DT
☐	MED2 : Réaliser et interpréter une spirométrie	24 novembre 2015	150DT

Signature et cachet de l'entreprise

1/ Conditions d'inscription : envoi de la présente fiche dûment remplie et signée accompagnée d'un bon de commande.

2/ Attestation : une attestation de formation sera délivrée au participant à la fin de la formation.

.