– INSCRIPTION CECV e-learning –

Prénom

Deuxième prénom

Nom

Rue

Rue (ligne 2)

Ville

Code postal

Pays

Sexe ◯ Femme ◯ Homme

Niveau
- ◯ I Education Thérapeutique du Patient
- ◯ II Professionnel de santé hors Présentiel
- ◯ III Professionnel de santé en complément de la formation présentielle
- ◯ IV Professionnel de santé réalisant le plâtre EDF digital et l'ARTbrace (mise à jour)
- ◯ Autre

e-mail

Commentaires

Merci de renvoyer le formulaire à demauroy@aol.com