



## Bulletin d'inscription (1 par personne svp)

### Journée Régionale QVT du 20/02/2019

*Pour une meilleure visibilité, merci de compléter en lettres MAJUSCULES*

**Nom, prénom :** .....

**Fonction :** .....

**Etablissement :** .....

**Adresse :** .....

**Code Postal :** ..... **Ville :** .....

**E-mail :** .....

**Règlement par chèque ou virement avant le 14/02/2019**

à l'ordre de

**PARTAGE SANTE**, 170 impasse du Cayrou 46090 ARCAMABAL

<b>Montant</b> (repas non inclus)	
Adhérent à PARTAGE SANTE	<input type="checkbox"/> <b>60 €</b>
Etudiant, stagiaire, sans emploi (sur justificatif)	<input type="checkbox"/> <b>40 €</b>
Non adhérent à PARTAGE SANTE	<input type="checkbox"/> <b>100 €</b>