



ÉCOLE D'ASSAS.

56 rue de l'Eglise
75015 PARIS
Tél. : 01 45 57 23 20

ANGLAIS MEDICAL

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

N° d'inscription (*réservé au Secrétariat*) : _____

Prix de la formation : 550 €

Payables de la façon suivante (2 chèques à remettre le jour de l'inscription) :

- Premier versement de **275 €** chèque bancaire encaissable à l'inscription.
- Deuxième versement de **275 €** encaissable au 15 octobre.

Chèque à l'ordre de l'Ecole d'Assas.

L'abandon par l'étudiant d'une formation débutée, même de quelques jours et quelle qu'en soit la cause, ne le dispense pas du paiement total des frais de scolarité de l'année en cours.

Nom du responsable financier : _____

Signature du responsable financier (*) : _____

Signature de l'étudiant (*) : _____

Pour éviter toute erreur d'homonymie, veuillez, préciser au dos de vos chèques vos noms et prénoms.

* Précédée de la mention manuscrite "lu, approuvé et accepté"