



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*) : _____

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.

Signature du participant (*) : _____

Tarif : Eligible FIFPL

Professionnels santé inscrits après le 1er septembre : 1290 Euros TTC (**)

*(**) 30% de réduction pour les inscriptions réalisées avant le 1^{er} septembre.*

Chèque à l'ordre de l'Ecole d'Assas.

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"