



**ECOLE D'ASSAS.**

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

**ANGLAIS MEDICAL**

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION PROFESSIONNELS DE SANTE**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

N° d'inscription (*réserve 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<sup>er</sup> 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"