

CONGRES FRAGILITE - TOULOUSE - 17/18 JUIN 2025

INFORMATION DU PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

E-mail :

Profession :

Médecin
 Cadre de soins
 Industrie pharmaceutique
 Ide
 Directeur d'établissement médicosocial
 Autre professionnels de santé
 Précisez : _____

Institution :

Service public hospitalier
 Agence régional de Santé
 Etablissement de soin privé
 Etablissement médicosocial
 Conseil départemental
 Autre
 Précisez : _____

Téléphone :

Ville à mentionner sur le badge :

INSCRIPTION



Inscription formation continue - en présentiel

CONTACT DE FACTURATION / GESTIONNAIRE DE L'INSCRIPTION

Nom : _____ **Prénom** : _____

Institution : _____ **Ville** : _____

Adresse postale : _____ **Email** : _____

Code postal : _____ **Moyen de paiement** : _____