

## **BULLETIN D'INSCRIPTION à la formation POST-GRADUEE**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

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

**Tél :** .....

**E- Mail :** .....

**Profession :** .....

**Désire m'inscrire à la formation :**

**LA TECHNIQUE SACRO-OCIPITALE METHODOLOGIE DE LA PRISE EN CHARGE DES  
DYSFONCTIONS RACHIDIENNES ET VISCERALES**

**BEZIERS - samedi 26 et dimanche 27 janvier 2019**

**Ci-joint mon chèque de 450 € libellé à l'ordre de l'Institut Supérieur d'Ostéopathie**

En cas de désistement, il ne sera procédé à aucun remboursement, sauf cas de force majeure (accident, maladie grave...)

**INSCRIPTION A RETOURNER A :** Institut Supérieur d'Ostéopathie  
Le Campus du Soleil  
CD 15, Route de Boujan  
34500 BEZIERS

Date et Signature

Tampon