



Demande de Convention de Formation

Le Centre Hospitalier de :

Référent service de formation :

Nom : Prénom :

Téléphone : Mail :

demande à l'A.R.T.L.H. d'établir une convention de formation pour les personnes suivantes :

Adhérent	Non adhérent	Nom et prénom

La demande de convention **et** le bulletin d'inscription
doivent être envoyés **impérativement** par mail au secrétariat ARTLH

Aucun document par courrier ne sera pris en compte

✓ nous-joindre@artlh.fr ☎ 06 45 29 73 55

