**« L'aide à l'arrêt du tabac en pratique quotidienne – Niveau II »**

**Les 13 et 14 AVRIL 2017**

# *BULLETIN D' INSCRIPTION*

- Nom et prénom : ……..
- Profession : ……..
- Organisme : ……
- Adresse : Professionnelle : ……..

  ……

  Personnelle : ……

  ……..
- Téléphone : …… E Mail : ……
- Régime particulier *(Pour les repas du midi)* : ……

**Je souhaite participer à la formation - Les 13 et 14 avril 2017 de 9h00 à 17h**

**CDHS – 110 Avenue Barthélémy Buyer – 69009 LYON**

**06.12.48.72.38**

*Ci-joint un chèque d'inscription de 330 euros (par personne) à l'ordre de l'IRAAT.*

A …… Le……

*(signature)*

I.R.A.A.T. - Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie
Hôpital de la Croix-Rousse - 103, Grande Rue de la Croix-Rousse - 69004 LYON **N° : 444 131 072 00027**
Article R.6351-6 « Enregistrée sous le numéro **82 69 06763 69.** Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat».
Tél. / Fax : 04 78 42 59 18 E-mail : iraat-lyon@orange.fr Site web : www.iraat.fr