

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### Je souhaite m'inscrire à la formation continue en droit de la santé

**MAS** (CHF 18'500)                       **DAS** (CHF 13'000)                       **CAS** (CHF 6'500)

et participer au(x) CAS :

Droit des patientes et patients (période des cours .....)  
 Droit des assurances sociales, travail et santé (période des cours .....)  
 Défis juridiques de la santé publique (période des cours .....)

### Coordonnées :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu d'origine : .....

Numéro AVS (si inscription au MAS) : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

E-mail de contact : .....

Adresse de facturation : .....

### Formation :

Université / EPF - Numéro de matricule (si études en Suisse) : .....

HES / ETS/HEG                       Maturité                       Apprentissage / Ecole professionnelle

Autre : .....

**Profession :** .....

Entreprise / Organisation : .....

Lieu : ..... Fonction : .....

### De plus, je joins au présent bulletin d'inscription :

un CV,  une copie des diplômes obtenus,  une photo-passeport,  une copie de ma carte d'identité,  une lettre de motivation.

Je confirme l'exactitude des informations ci-dessus. Je déclare avoir pris connaissance de la réglementation applicable à la formation continue en droit de la santé et m'engage à verser la finance de participation dès réception de la confirmation d'inscription.

En cas de désistement plus de 30 jours avant le début de la formation, et quel qu'en soit le motif, un montant de CHF 200.- est retenu ou exigé. En cas de désistement au cours des 30 jours précédant le début de la formation, la moitié du montant de celle-ci est retenue ou exigée. Si le désistement a lieu à partir du premier jour des cours, le montant total du prix des cours est retenu ou exigé.

Lieu et date : ..... Signature .....