

OUVERTURE et/ou RELANCE
d'un cabinet en Biomagnétisme ou Disciplines Alternatives Associées

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél fixe :

Portable :

e.mail :

Profession actuelle (obligatoire) :

Si médicale, paramédicale ou disciplines alternatives, préciser formation (s) acquise (s).

Souhaite participer au module de formation d'OUVERTURE et ou RELANCE.

J'ai bien noté que seul le questionnaire ci-dessus TOTALEMENT rempli déclenchera une réponse du GROUPEMENT et que seule une inscription définitive et acceptée me permettra de participer à cette journée.

A retourner à :

Groupement des **B**iomagnétiseurs **P**rofessionnels
et **D**isciplines **A**lternatives **A**ssociées
Les Tourniers – 69220 LANCIÉ

e.mail : bio.groupe50@orange.fr
Contact téléphonique : 09.64.31.83.17