



Dossier d'inscription

Nom : Prénom :

Date de naissance : Téléphone mobile :

Adresse e-mail :

Formations :	Années	Diplôme	Etablissement
.....
.....
.....

Expérience professionnelle (indiquer les 2 derniers postes occupés) :

Années	Fonctions	Entreprise
.....
.....

Préciser votre fonction actuelle :

Titre :

Service : Entreprise :

Principales activités / responsabilités :

.....

.....

Ce dossier d'inscription est à retourner à :

Smart Pharma *Institute of Management*

1, rue Houdart de Lamotte - 75015 – Paris

Téléphone : + 33 (0) 6 11 96 33 78 - Fax : + 33 (0) 1 45 57 46 59

E-mail : jmpeny@smart-pharma.com



Quelles sont vos attentes concernant ce programme de formation ?

Comment ce programme s'inscrit-il dans votre projet professionnel ?

Nom de l'entreprise : -----

Adresse : -----

Code postal : -----

Ville : -----

Téléphone : -----

Fax : -----

Nom / titre du supérieur hiérarchique : ----- / -----

Nom du Responsable de la formation des cadres : -----

Nom du Directeur des ressources humaines : -----

**Smart Pharma Consulting est agréée "organisme de formation"
depuis le 1^{er} février 2002 – N° d'identification : 1175 3615 775**



Smart Pharma *Institute of Management*

A division of  **Smart Pharma Consulting**