



FICHE DE DEMANDE D'INFORMATION

PRENOM ET NOM.....

SOCIETE.....

ADRESSE.....

.....

TEL..... **FAX**.....

MAIL.....

- Souhaite davantage d'informations relatives à l'incubateur du transport sanitaire.
- Souhaite être invité à la prochaine réunion du transport sanitaire
- S'engage à adhérer à l'incubateur du transport sanitaire pour une durée de 3 ans.
- Recommande de contacter la personne suivante qui sera certainement intéressée par l'incubateur du transport sanitaire (préciser le prénom, le nom, l'entreprise et son numéro de téléphone)

.....

.....

