



SOCIÉTÉ DE PRESTATIONS DE SERVICES
DESTINÉE AUX AUDIOPROTHÉSISTES
INDÉPENDANTS



FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUX SERVICES SAP

INFORMATIONS CONCERNANT L'AUDIOPROTHÉSISTE EN POSTE :

NOM :

PRENOM :

ANNÉE D'OBTENTION DU DIPLOME :

NUMERO ADELI :

MAIL DE L'AUDIOPROTHÉSISTE : @

TÉLÉPHONE DE L'AUDIOPROTHÉSISTE :

INFORMATIONS CONCERNANT L'ÉTABLISSEMENT :

ADRESSE :

MAIL : @

N° DE SIRET :

N° DE SIREN :

CODE APE OU NAF :

TÉLÉPHONE DE L'ÉTABLISSEMENT :

SERVICES SOUHAITÉS *(cochez les services auxquels vous souhaitez souscrire) :*

- PACK BOOSTEZ VOTRE ACTIVITÉ PACK STRATÉGIE D'ENTREPRISE PACK SERVICES CONTINUS
 APPEL D'OFFRES FABRICANTS PACK ATTRACTIVITÉ DE VOTRE LABORATOIRE

Pour valider votre inscription, merci de compléter ce formulaire d'inscription et de nous le renvoyer par mail à l'adresse : **contact@audioservices.fr**

Nous vous enverrons par mail, la confirmation de votre inscription.

Vous souhaitez nous contacter ?

par téléphone

06 26 54 34 85

par mail

contact@audioservices.fr