FORMULAIRE DEMANDE D’INFORMATIONS

SENSIBILISATION UTILISATION D’UN DEFIBRILLATEUR

|  |
| --- |
| **ADHERENT** |

RAISON SOCIALE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ADRESSE :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° ADHERENT : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |
| --- |
| **PERSONNE A CONTACTER** |

NOM DE LA PERSONNE A CONTACTER Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

TELEPHONE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse mail :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** |

Nombre de salariés concernés : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Défibrillateur sur place : OUI [ ]  NON [ ]

*Si oui, merci d’Indiquer la marque du défibrillateur* :…………………………………………………………………………

Salle à disposition et paperboard : OUI [ ]  NON [ ]

Période d’intervention souhaitée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Les sessions sont organisées par groupe de 4 à 12 personnes maximum.**

**T**

|  |
| --- |
|  |

**AIRES**

FORMULAIRE à retourner par mail : Atelier.prevention@sstrn.fr

L’équipe du SSTRN prendra contact avec vous lorsque la demande aura été traitée.