



## Bulletin d'inscription

**Je souhaite m'inscrire pour la formation suivante :**

**Description :** .....

**Date :** .....

**Prix :** .....

**Vos coordonnées :**

**Nom/Prénom** .....

**Adresse** .....

**E-mail** .....

**Téléphone** .....

---

**Lieu :** Orah Centre Thérapeutique – Rue du Valentin 32 – 1004 Lausanne

**Conditions :** Paiement de l'acompte de CHF 150.- à effectuer sur le compte :

ORHA

Banque BCV

IBAN : CH48 0076 7000 U558 6997 4

**Le solde, est à payer au plus tard 5 jours avant la formation**

En signant ce formulaire, vous acceptez les conditions générales  
(que vous trouvez sur le site [www.pandorah.ch](http://www.pandorah.ch)) et validez votre inscription.

Merci de le retourner par poste à l'adresse ci-dessous ou par e-mail.  
Au plaisir de vous voir bientôt !

**SIGNATURE** .....