



19^{èmes} Rencontres Internationales Francophones des Infirmiers.ères en Prévention et Contrôle de l'Infection

Arcachon - 1^{er} et 2 octobre 2026

FORMULAIRE DE RÉTRACTATION

À l'attention de : **Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H)** – Siège social : 61 rue de Lyon, 75012 Paris
E-mail : rachel.dutrech@chu-bordeaux.fr / carole.roy@chu-bordeaux.fr

Je/nous* vous notifie/notifions* par la présente ma/notre* rétractation du contrat portant sur l'inscription à l'évènement ci-dessous :

* Rayer la mention inutile

19^{èmes} Rencontres Internationales Francophones des infirmiers.ères en PCI – Arcachon 2026

Date de commande : | ____ | | ____ | | _____ |

Référence de commande / numéro de dossier : _____

Nom et prénom du Participant : _____

Adresse du Participant : _____

Adresse e-mail utilisée pour l'inscription : _____

Date : | ____ | | ____ | | _____ |

Signature du participant