

Inscription comme membre du Cercle EOP

Je suis diplômé(e) EOP à l'examen professionnel et/ou à l'examen professionnel supérieur

Prénom :*

Nom de famille :*

E-Mail :*

Rue :*

Numéro de maison :*

Code postal :*

Lieu :*

Téléphone :*

Mon diplôme EOP :*

Année de fin d'études :*

Remarques :

Veillez nous envoyer le formulaire dûment rempli par e-mail à office@eop.ch.

*= Champs de saisie obligatoires