



Bulletin d'inscription

Formation choisie

Titre :
.....
Date(s) : Nombre de jour(s) :

Stagiaire

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél : Fax :
E-mail :
Fonction :

Etablissement

Organisme employeur (salariés) ou organisme de rattachement (bénévoles/étudiants) :
.....
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél : Fax :
E-mail :
Responsable de la structure :

Facturation et règlement

	Session d'1 jour	2 jours	3 jours	Financée par le FER (psy)
Salariés	220 € <input type="checkbox"/>	440 € <input type="checkbox"/>	660 € <input type="checkbox"/>	0€ <input type="checkbox"/>
Bénévoles, chômeurs, étudiants	120 € <input type="checkbox"/>	240 € <input type="checkbox"/>	360 € <input type="checkbox"/>	0€ <input type="checkbox"/>

Total

La facture sera établie à l'ordre de :

Vous-même Votre structure Votre organisme collecteur

Nom et adresse de l'organisme à facturer :

.....
.....

Signature et cachet de l'établissement :