

Bulletin d'inscription

Atelier d'écriture à la clinique

Titre : _____ Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse : rue : _____
CP : _____ Ville : _____
Mob Profes. : _____ Mob. Perso : _____ Tél domicile : _____
Mail : _____

Statut professionnel : Salarié Libéral sans activité rémunérée

Profession : _____

Fonction : _____

Nom et adresse de votre employeur ou lieu d'activité professionnelle : _____

Diplômes : _____

S'inscrit à la

Nom de la formation : **Atelier d'écriture à la clinique**

Responsable: **Marlène FRICH**

Lieu : **44, rue Danton 94270 Le Kremlin Bicêtre (métro ligne 7- direction Villejuif)**

Durée : **2 sessions de 2 jours 9h30/12h30 - 13h30/17h30**

Période : _____ Heures de cours **14** Heures de stage _____

Dates ¹ : **6 et 7 avril 2021 8 et 9 juin 2021**

¹ La formation pourra être annulée en raison des clauses signifiées à l'article 6 de la convention.

La formation sera prise en charge par un organisme ; ² Son coût sera de : **860 €**

Nom de l'organisme : _____

Nom Interlocuteur _____ Téléphone interlocuteur _____

Rue _____

CP : _____ Ville : _____

Mail de l'interlocuteur : _____

² L'inscription sera définitive après l'accord de la prise en charge et la signature de la convention

La formation sera à ma charge ; ³ Son coût sera de : **640 €**

³ L'inscription sera définitive après la signature de la convention

Conformément à la réglementation générale sur la protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification d'effacement, d'opposition et de limitation de vos données personnelles. Pour l'exercer, adressez-vous à notre secrétariat.

En aucun cas elles ne seront cédées à des tiers.

Date et signature :