

Bulletin d'inscription

Clinique Psychanalytique de Couple

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 : _____

S'inscrit à la

Nom de la formation :	Clinique Psychanalytique de Couple		
Responsable:	Formateur IPSYC		
Lieu :	44, rue Danton 94270 Le Kremlin Bicêtre (métro ligne 7- direction Villejuif)		
Durée :	3 Unités		
	nbh	Coût stagiaire	Coût employ
U1: Ecoute de l'écoute : formation individuelle	10	1 110.00 €	1 350.00 €
U2: Séminaires théoriques : unité de 3 stagiaires	10	417.00 €	497.00 €
U3: Groupe d'étude clinique : travail sur 3 WE	30	1 058.00 €	1 333.00 €
		2 585.00 €	3 180.00 €

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

La formation sera prise en charge par un organisme ; ² Son coût sera de : _____

Nom de l'organisme : _____

Nom Interlocuteur _____ Tél. 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 : _____

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

Conformément au règlement général sur la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de limitation de vos données personnelles.

Pour les exercer, adressez-vous à notre secrétariat. En aucun cas elles ne seront cédées à des tiers.

Date et signature :