

Bulletin d'inscription

Groupe d'échanges cliniques

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 :	Groupe d'échanges cliniques		
Référent pédagogique :	Unité de la formation : Clinique psychanalytique de couple		
Responsable administratif :	Institut de Psychanalyse de Couple (Ipsyc)		
Lieu :	Afccc - 44, rue Danton 94270 Le Kremlin Bicêtre		
Durée :	30h réparties sur trois weeks ends		
Modalités :	Groupe d'une dizaine de participants		
Coût :		Coût stagiaire	Coût employ
	10	1 058.00 €	1 333.00 €

La formation sera prise en charge par un organisme ;² Son coût sera de : **1 333 €**

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 : **1 058 €**

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 :