

Bulletin d'inscription

Séminaires théoriques

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 :	Séminaires théoriques		
Référent pédagogique :	Unité de la formation : Clinique psychanalytique de couple		
Responsable administratif :	Institut de Psychanalyse de Couple (Ipsyc)		
Lieu :	Afccc		
Durée :	Cabinet de l'analyste formateur ou via internet		
Modalités :	10h		
Coût :	Groupe de 3 participants		
		Coût stagiaire	Coût employ
	10	417.00 €	497.00 €

La formation sera prise en charge par un organisme ;² Son coût sera de : **497**

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 : **417 €**

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 :