

## BULLETIN D'INSCRIPTION

**Intitulé de la formation** (remplir 1 bulletin par formation) : .....

**Date** : .....

**Ville** : .....

### COORDONNEES PERSONNELLES :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél : ..... Email (obligatoire) : .....

Fonction : .....

Etablissement : ..... Service : .....

N° RPPS ou ADELI (si applicable) : .....

Salarié

Profession libérale

### COORDONNEES DE FACTURATION :

(uniquement à remplir si différentes des coordonnées personnelles)

Nom de l'établissement : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Service : .....

Contact facturation : .....

Tél : ..... Email (obligatoire) : .....

### DROITS D'INSCRIPTION / formation / personne :

**Pour les libéraux : 350 € TTC**

**Pour les Salariés : 420 € TTC**

Je confirme avoir pris connaissance des conditions générales de vente ci-dessous.

Nom, date et signature : .....

### CONDITIONS GENERALES :

- Les droits d'inscription comprennent la formation dispensée, les supports utilisés sur place et pauses-café et déjeuner.
- Une facture et une convention seront délivrées au stagiaire à réception du bulletin d'inscription complété
- Une attestation de présence sera remise sur place le jour de la formation.
- A moins de 2 semaines de la formation, toute inscription enregistrée est due intégralement.
- Trilogie Formation se réserve le droit d'annuler une session au plus tard 2 semaines avant la date prévue si le nombre de congressistes inscrits est inférieur à 10 personnes.

### ORGANISATEUR : Trilogie Santé

Organisme de formation enregistré auprès de la Préfecture d'Ile-de-France sous le n° 11 78 82157 78

Adresse : 31, avenue Lucien René Duchesne – 78170 La Celle-Saint-Cloud

Renseignements : b.weisser@trilogie-sante.com