

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

Individuel

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 : 380€ TTC / formation / personne

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