

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

ID

INCOMPLET

CONVENTION

REGLEMENT

 ENV. VAL.

1.SÉLECTIONNEZ VOTRE TARIF

- Présentiel - Avant le 1er octobre 2023 : **380€ (déjeuner inclus)**
- Présentiel - A partir le 1er octobre 2023 : **410€ (déjeuner inclus)**
- Visioconférence individuelle: **340€**
- Visioconférence de groupe : **270€ / personne** - Nombre de participants
- Famille (visio ou présentiel) : **200€ (déjeuner inclus en présentiel)**
- Membres du Conseil Scientifique et Pédagogique, membres du Conseil d'Administration, formateurs de l'IMC : **gratuit sur inscription (déjeuner inclus)**

2. INFORMATIONS SUR LE STAGIAIRE

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE TÉLÉPHONE PERSONNEL

E-MAIL PERSONNEL

ADRESSE

CODE POSTAL - VILLE

PROFESSION ET STRUCTURE

 ENFANTS ADULTES
EXERCICE LIBÉRAL OUI NON

N° ADELI/RPPS OU INAMI

3. VOTRE PRISE EN CHARGE PERSONNELLE

À MES PROPRES FRAIS

 Virement (RIB ci-dessous) Chèque

Joindre le règlement du montant total des frais en même temps que l'inscription.

Il est possible de faire plusieurs chèques.

Le _____, à _____

Faire précéder de « Bon pour accord »

Signature et tampon du stagiaire

VIREMENT

Titulaire du compte INSTITUT MOTRICITE CEREBRALE

IMC 217 RUE SAINT CHARLES 75015 PARIS

Domiciliation ORLEANS LA SCE CENTRE FINANCIER 1 RUE EDOUARD BRANLY LA SOURCE 45900 LA SOURCE CEDEX

9 Établissement 20041 Guichet 01012 N° compte 4182395X033 CLE RIB 05

IBAN FR22 2004 1010 1241 8239 5X03 305 BIC PSSTFRPPSCE

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

ID

INCOMPLET

CONVENTION

REGLEMENT

 ENV. VAL.

1. SÉLECTIONNEZ VOTRE TARIF

- Présentiel - Avant le 1er octobre 2023 : **380€ (déjeuner inclus)**
- Présentiel - A partir le 1er octobre 2023 : **410€ (déjeuner inclus)**
- Visioconférence individuelle: **340€**
- Visioconférence de groupe : **270€ / personne** - Nombre de participants
- Famille (visio ou présentiel) : **200€ (déjeuner inclus en présentiel)**
- Membres du Conseil Scientifique et Pédagogique, membres du Conseil d'Administration, formateurs de l'IMC : **gratuit sur inscription (déjeuner inclus)**

2. INFORMATIONS SUR LE STAGIAIRE

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE TÉLÉPHONE PERSONNEL

E-MAIL PERSONNEL

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

PROFESSION STRUCTURE

 ENFANTS ADULTES
EXERCICE LIBÉRAL OUI NON

N° ADELI/RPPS OU INAMI

3. VOTRE PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR

 Virement (RIB ci-dessous) Chèque

Joindre le règlement du montant total des frais en même temps que l'inscription.
Il est possible de faire plusieurs chèques.

Si organisme financeur, lequel

RAISON SOCIALE

Structure du stagiaire

Interlocuteur

E-mail

Tél

Adresse

Adresse de facturation (si différente)

Faire précéder de « Bon pour accord »
Signature et tampon de l'employeur

Le , à

VIREMENT

Titulaire du compte INSTITUT MOTRICITE CEREBRALE

IMC 217 RUE SAINT CHARLES 75015 PARIS

Domiciliation ORLEANS LA SCE CENTRE FINANCIER 1 RUE EDOUARD BRANLY LA SOURCE 45900 LA SOURCE CEDEX

9 Établissement 20041 Guichet 01012 N° compte 4182395X033 CLE RIB 05

IBAN FR22 2004 1010 1241 8239 5X03 305 BIC PSSTFRPPSCE