

# BULLETIN D'INSCRIPTION

## SECTION CLINIQUE DE PARIS-ILE-DE-FRANCE

Demande d'inscription à la Session 2016-2017

à retourner avant le 10 octobre 2016 avec le règlement à :

Section clinique de Paris-Ile-de-France – 5, boulevard Bourdon – 75004 PARIS

*Écrire en lettres majuscules*

Première inscription : .....

Inscrit à la Section depuis : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Profession : .....

Diplômes : .....

Lieu(x) de travail : .....

Adresse personnelle : .....

.....

Code postal ..... Localité : .....

Téléphone : ..... Fax : ..... E-mail\* : .....

\* indispensable pour recevoir les informations (signaler tout changement en cours d'année)

SI VOTRE INSCRIPTION EST ACCEPTÉE, ELLE SERA (rayer la mention inutile) :

• Personnelle

• Prise en charge par une institution

SI VOTRE INSCRIPTION EST PRISE EN CHARGE PAR UNE INSTITUTION

Raison sociale : .....

.....

Nom du responsable de la formation permanente : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Localité : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Coût de la formation (rayer les mentions inutiles) :

À titre personnel : 190 €

Au titre de la FMC : 210 €

Demandeur d'emploi : 120 €

Étudiants de moins de 26 ans : 120 €

Au titre de la formation permanente : 320 €

Le

Signature

• Règlement au nom de UFORCA-Paris-Île-de-France

(Union pour la Formation Continue en Clinique Analytique organisant la Section clinique)

N° d'agrément : 11 755 075 075

