



BULLETIN D'INSCRIPTION INTER -ETABLISSEMENTS 2025

INTITULE : PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SSPI

DATE : 29, 30 sept et 1^{er} oct 2025

VILLE : Lyon

PRIX : 1050 € net*/ stagiaire

ETABLISSEMENT

RAISON SOCIALE : _____

ADRESSE POSTALE : _____

CP : _____ VILLE : _____

NOM CONTACT : _____

FONCTION : _____ TEL : _____

MAIL : _____

STAGIAIRES

NOM	PRENOM	FONCTION

MONTANT TOTAL : _____ TTC net

Nombre de stagiaires : _____

REGLEMENT :

Chèque à l'ordre de EFFICIOR

Ou Virement bancaire :

RIB : 30004 00083 00010087194 63

IBAN : FR76 3000 4000 8300 0100 8719 463

BIC : BNPAFRPPETI

BON POUR ACCORD

Date :

Nom / Fonction + cachet de l'établissement

CONDITIONS GENERALES : Les places étant limitées, toute inscription ne sera effective qu'à la réception du présent bulletin **accompagné du règlement**. Toute annulation totale ou partielle **moins de 15 jours ouvrés** avant la date de la formation sera **facturée et due**. EFFICIOR se réserve la possibilité d'annuler la session 15 jours avant celle-ci, si le nombre d'inscrits est inférieur à 6 participants.

* : Prix net de TVA - Exonération de la TVA sur la formation