



BULLETIN D'INSCRIPTION INTER -ETABLISSEMENTS 2024

INTITULE : **PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SSPI**

DATE : 07,08 et 09 octobre 2024

VILLE : Paris

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 ainsi que du règlement correspondant**. Toute annulation totale ou partielle moins de 20 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