



**MEDICAL
INTERFACE**

Organisme de formation
n° 82 69 05046 69

BULLETIN D'INSCRIPTION

À photocopier et à retourner par e-mail à :

contacts@medical-interface.fr

■ ÉTABLISSEMENT

RÉFÉRENCE CLIENT ☐ PUBLIC ☐ ESPIC ☐ PRIVÉ
ÉTABLISSEMENT
ADRESSE
CP VILLE TÉL.....

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA FACTURATION

SIRET CODE SERVICE* N° ENGAGEMENT*

**notamment si dépôt chorus*

PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER

☐ Mme ☐ M PRÉNOM NOM
FONCTION SERVICE
TÉL..... E-MAIL.....

■ PARTICIPANT(E)

☐ Mme ☐ M PRÉNOM NOM
FONCTION SERVICE
TÉL..... E-MAIL.....

BESOIN D'AMÉNAGEMENT À UNE SITUATION DE HANDICAP ? ☐ OUI ☐ NON

■ FORMATION

INTITULÉ CODE
DATE LIEU.....

☐ JOURNÉE D'ÉTUDE COÛT EN EXONÉRATION DE TVA.....
(Inscription + 2 pauses par jour + déjeuner dans un hôtel 3* ou de prestations équivalentes)

☐ SEMI-RÉSIDENTIELLE COÛT EN EXONÉRATION DE TVA.....
(Inscription + 2 pauses par jour + déjeuner + hébergement dans un hôtel 3* (lieu de formation)
ou de prestations équivalentes + petit-déjeuner)

☐ À DISTANCE (classe virtuelle) COÛT EN EXONÉRATION DE TVA.....

AVANTAGE INSCRIPTION

Inscrivez-vous à **plusieurs** sur une formation
et bénéficiez de - **5%** sur la 2^{ème} inscription et **-10 %**
sur la 3^{ème}. Au-delà, **contactez-nous**.

**A VALOIR SUR LES FORMATIONS "INTER"
EN PRESENTIEL OU EN CLASSE VIRTUELLE**

DATE ET SIGNATURE

CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT