

Bulletin d'inscription

FORMATION PECS - 2018 A DIJON

DU **AU**

Nom : **Prénom :**

Fonctions :

Adresse :

.....

Téléphone : **E-mail :**

- | | |
|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Professionnels pris en charge par l'employeur | Tarif : 350 € |
| <input type="checkbox"/> Professions libérales | Tarif : 200 € |
| <input type="checkbox"/> Professionnels non pris en charge par l'employeur : | Tarif : 150 € |
| <input type="checkbox"/> Etudiants | Tarif : 100 € |
| <input type="checkbox"/> Parents, aidants familiaux | Tarif : 30 € (50€ couple) |

Prise en charge par l'employeur (à compléter obligatoirement) :

Le Directeur, M^{me}, M.....

Etablissement :

Adresse Etablissement :

Tél : **E-mail :**

Convention.....

Facturation

.....

Règlement : Durée totale de la formation : 2 jours soit 13 heures pour un montant total de droit d'inscription de :

- Virement à réception de la facture (RIB à nous demander)
- Chèque (à l'ordre de Autisme Formation BFC) : Chèque

Conditions d'inscription : Aucune inscription ne sera enregistrée sans le règlement. Chaque inscription fait l'objet : D'une remise de convocation