

**BULLETIN D'INSCRIPTION
A RETOURNER AU
SECRETARIAT DE LA SECTION CLINIQUE DE CLERMONT-FERRAND
32 RUE BLATIN 63000 CLERMONT-FERRAND**

Session 2014-2015. Thème : « Clinique du désir. »

ECRIRE EN LETTRES MAJUSCULES:

NOM:

PRENOM:

DATE ET LIEU DE NAISSANCE:

PROFESSION:

DIPLOMES:

LIEUX DE TRAVAIL:

ADRESSE PERSONNELLE: N° RUE:

CODE POSTAL: LOCALITE:

TELEPHONE:

E-MAIL (écrire très lisiblement SVP) :

VOTRE INSCRIPTION EST-ELLE?

- | | | |
|---------------------|-----|-----|
| • PERSONNELLE | OUI | NON |
| • PRISE EN CHARGE | | |
| PAR UNE INSTITUTION | OUI | NON |
- (joindre une lettre de celle-ci attestant son accord)

SI VOTRE INSCRIPTION EST PRISE EN CHARGE PAR UNE INSTITUTION

- L'entreprise est-elle soumise au 1%?
- Quelle est sa raison sociale?
- Adresse:
- Tél.:
- Quel est le nom du responsable de la formation permanente?

UNE CONVENTION SERA ENVOYEE DIRECTEMENT A VOTRE INSTITUTION

- Coût de la formation : 600 €
- Pour les inscriptions à titre individuel: 230 € (chèques libellés à l'ordre de : *UFORCA*)
- Tarif étudiant ou sans emploi : 115 € (sur présentation d'un significatif)

Cette session est organisée dans le cadre des activités de l'Association **UFORCA – Clermont-Ferrand**

Le

Signature: