**Formation CDA (théorique et workshop), 22 juin 2017, Paris**

**FORMULAIRE D’INSCRIPTION**

**LOGISTIQUE**

Adresse de la formation : **Salle IXOS**, 23 rue du Départ, 75014 PARIS (proche de la gare Montparnasse)

Horaires de la formation : **10h00 / 12h30 – 14 h / 17h30**.

Le déjeuner sera pris en commun sur place (non compris dans le tarif).

**COUTS DE FORMATION**

Tarif adhérents : **300 € htva soit 360 ttc par pers**. / Tarif non adhérents Interop’Santé: **600 € htva soit 720 ttc par pers (renseignez-vous auprès de l’Association pour les modalités d’adhésion)**

Une convention de formation devra être établie avant toute formation. Interop’Santé est un organisme de formation enregistré sous le n° 11 75 40994 75 auprès du préfet de région Ile de France.

**INSCRIPTION**

**Liste des personnes qui participeront à la formation :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **PRENOM** | **RAISON SOCIALE** | **EMAIL** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Etes-vous adhérent de l’Association Interop’Santé ? OUI 🞎 / NON 🞎

Votre adresse si vous n’êtes pas adhérent :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Pour être pris en compte, ce formulaire est à retourner avec un chèque correspondant au montant total du coût de la formation (Nombre de participants multiplié par le coût de formation adhérent ou non adhérent) à l’adresse suivante : **Interop’Santé, 14 Allée du Haras, 49100 ANGERS**

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Nom du signataire \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Tél. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse de facturation :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**POUR DES RAISONS D’ORGANISATION, MERCI DE BIEN VOULOIR NOUS RETOURNER L’ENSEMBLE DES INFORMATIONS REQUISES AVANT Le 01 juin 2017.**

**INFOLINE :** **jean-charles.dron@interopsante.org** **/ 0645771628**