

• **FORMATION**

Nom de la formation : **READAPTATION : Réentraînement à l'effort et activités physiques adaptées (APA)**  
**( 2 J )**

Date : voir site internet

Lieu : PERENCHIES

Nombre d'heures : 14H00

Prix HT + TVA **262.50 € + 52.50 €**

Prix TTC **315 € /jour**

**TOTAL TTC 630 € pour 2 jours**

Formation effectuée dans le cadre du CPF

**PARTICIPANT**

n° SIRET : .....

M  Mme  Mlle Nom ..... Prénom.....

Fonction..... e-mail .....

Avez-vous une expérience clinique et ou exercer vous dans le domaine de la santé ? OUI NON

Raison sociale .....

Adresse .....

Téléphone .....

Le participant est en situation de handicap et souhaite être contacté

• **RESPONSABLE INSCRIPTION**

n° SIRET : .....

M  Mme  Mlle Nom ..... Prénom.....

Fonction..... e-mail .....

Raison sociale .....

Adresse .....

Téléphone ..... Fax.....

N° identifiant TVA .....

• **FACTURATION**

Etablissement à facturer, si différent .....

• **REGLEMENT**

Ci-joint un chèque (à l'ordre de FormAction Santé Formation) de .....

Paiement à réception de facture

Cachet de l'entreprise

Signature