

BULLETIN D'INSCRIPTION

FORMATION LIBRE PAYANTE

Madame

Monsieur

Nom : _____

Prénom : _____

N° ADELI (identification figurant sur la feuille de soins) : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Date de naissance : _____

Mail obligatoire : _____

Souhaite participer à la formation payante :

Titre du programme : _____

Lieu : _____ Dates : _____

Fait à _____

le _____

Signature obligatoire :

- Coût de la formation : 406 € pour les IDEL ou 446 € pour les autres professions paramédicales.
- Vous bénéficiez du crédit d'impôt* au titre de la formation du chef d'entreprise et de la déduction fiscale des frais professionnels.
- Le montant de l'inscription reste acquis en cas de non-présentation à la formation sans justificatif (certificat médical, hospitalisation ...) ou d'annulation moins de 72 heures avant le début de la session.

*dans la limite de 40 heures par an soit 136 € pour 14 heures de formation

Merci de renvoyer ce bulletin et votre paiement à :

INFCI

9 rue Bézout

75014 PARIS