

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### FORMATION PAYANTE BSI

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 : 209 € pour les IDEL ou 229 € 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.

**Merci de renvoyer ce bulletin accompagné de votre paiement :**

**INFICI 9 rue Bézout - 75014 PARIS**