INSCRIPTION FORMATION
POSTUROLOGIE CLINIQUE

Informations sur le stagiaire

Nom et prénom :
Fonction :
Adresse :
Ville et code postal :
E-mail personnel :
Téléphone personnel :

Coordonnées entreprise ou du responsable formation (si financeur)

Votre employeur
Nom du contact :
Société :
Adresse :
Ville et code postal :
E-mail :
Téléphone :

Informations sur la prise en charge

Précisez le mode de financement envisagé pour votre formation

- ☐ Employeur
- ☐ Financement personnel
- ☐ OPCO, à préciser :
- ☐ Autre, à préciser :

Attention : le remboursement de la prise en charge devra se faire directement à vous

A quelle fréquence fabriquez-vous des orthèses plantaires ? :

DATE DE LA FORMATION à préciser :

TARIF DE FORMATION :

- 1 490€

Règement : par virement ou chèque à libeller à l'ordre d'ESOOP.
490€ à la commande et solde à verser une semaine avant le début de la formation
Facture acquittée remise en fin de formation avec le certificat de présence.
Copie de carte d'identité à joindre avec cette fiche d'inscription.

Signature et cachet société

Signature et cachet ESOOP

ESOOP s'engage à reporter la session de formation si le nombre de participants est insuffisant.
ESOOP ne pourra être tenu responsable d'une annulation de la formation par le client et se réserve le droit de facturer des frais d'annulation calculés comme suit : si l'annulation intervient moins de 7 jours ouvrables avant le démarrafe de la formation, les frais d'annulation seront égaux à l'acompte perçu au moment de l'inscription.

RIB : Code banque : 10096 • Code Agence : 18557 • Numéro de compte : 00052834101 • Clé RIB : 64
Domiciliation : CIC GARD - PAYS D'ARLES ENT.
IBAN : FR76 1009 6185 5700 0528 3410 164 • BIC : CMCIFRPP