Les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG
N° de déclaration 42679003067

Datadock
N° 7359

N° 1496
odpc
Organisme enregistré par l'Agence nationale du DPC
Retrouvez toute l'offre du DPC sur www.mondpc.fr

PACT
Pre-school Autism Communication Trial

MANCHESTER 1824
The University of Manchester

BULLETIN D'INSCRIPTION

FORMATION AU PROGRAMME PACT

Paediatric Autism Communication Therapy

PARTICIPANT

Nom : .....

Nom de naissance (si différent) : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Courriel personnel : .....

Profession ou formation en cours : .....

ADELI ou RPPS.....

Employeur: .....

.....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville :.....

☎. : .....Fax :.....

SESSION 2023

Prix de la formation : **1 300€**

Le prix comprend, la session de e-learning préalable (4h), les 2 jours de formation présentielle (hors repas) ainsi que la certification.

Sessions de formation présentielle :

Session 1 : mardi 07 et mercredi 08 mars ..... ☐

Session 2 : vendredi 06 et samedi 07 octobre..... ☐

Session 1 : 07 et 08 mars Session 2 : 06 et 07 octobre

Adresse :

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg –

ORGANISME DE FACTURATION **(si différent) à remplir impérativement au moment de l'inscription**

Merci de joindre un bon de commande/ l'accord de prise en charge

Organisme et adresse:.....

.....

Responsable de l'organisme : Nom ..... Prénom.....

Coordonnées du correspondant formation (mention obligatoire)

Nom : .....Prénom: .....

Tél. : ..... Fax : .....

N° SIRET /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ Code NAF/APE : /__/__/__/__/

DELEGATION DE PAIEMENT A UN OPCA (SUBROGATION)

A remplir impérativement au moment de l'inscription si la facture est à adresser à un Organisme Paritaire Collecteur Agréé - Merci de joindre l'accord de prise en charge / subrogation.

Nom de l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) : .....

Adresse : .....

Code postal: .....Ville: .....

Tél. : ..... Email : .....

Montant de la prise en charge par l'OPCA *(mention obligatoire):* .....

Coordonnées du correspondant formation *(mention obligatoire)* : .....

MODALITES FINANCIERES : Paiement uniquement à réception de facture

☐ Etablissement d'un contrat de formation professionnelle (particulier)

☐ Etablissement d'une convention de formation professionnelle (financement employeur/OPCA) - **Merci de joindre l'accord de prise en charge pour l'employeur / ou de subrogation pour l'OPCA**

A .....Le .....

Signature du participant :