



INSCRIPTION A LA FORMATION « CLINIQUE DE LA MTC »

A retourner au siège social de l'EIBE : 28 route de Castres, 31280 Drémil Lafage
ou par email sur : contact@eibe-formation.com

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Situation professionnelle actuelle :

Adresse :

.....

Tél : Email :

Etes-vous dans une situation de handicap ? (oui / non) :

Je souhaite m'inscrire à la formation « Clinique de la MTC »

Lieu : Toulouse

Date de formation : du au (inscrivez les dates du stage)

Cout de la formation : 270€ payable en 3 mensualités de 90€ (le 1^{er} paiement sera effectué à l'issue du stage de formation).

Je reconnais que le coût total de formation ne comprend pas les frais de déplacements et d'hébergement éventuels qui resteront à ma charge.

Fait à : le : / /

Signature du stagiaire :



FORMULAIRE DE RETRACTATION DE LA FORMATION « CLINIQUE DE LA MTC » DANS LE CAS D'UNE ANNULATION D'INSCRIPTION

Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez vous rétracter dans les 14 jours de votre inscription.

A retourner au siège social de l'EIBE : 28 route de Castres, 31280 Drémil Lafage

Nom : Prénom :

Adresse :
.....
.....

Tél : Email :

A l'attention de l'association « EIBE », sis 28 route de Castres, 31280 Dremil Lafage

Je vous notifie par la présente ma rétractation de mon inscription pour la formation professionnelle « Clinique de la MTC », qui vous a été envoyé le

Fait à
Signature

Fait à : le : / /

Signature du stagiaire :