

ORGAMÉDI VERSION 2 ACTION 3 - MODULE MÉDICAL

ÉTABLISSEMENT

Adresse:

 Tel: Fax:
 Email:

CONVENTION ET FACTURATION

Adresse:

 Tel: Fax:
 Email:

NOM PRÉNOM	QUALITÉ	EMAIL	ETABLISSEMENT DE RATTACHEMENT

NOMBRE DE STAGIAIRES	TARIFS ADHÉRENTS	ADHÉRENTS SUD PACA
1	350.00 €	280.00 €
2	630.00 €	504.00 €
3	910.00 €	728.00 €

DATES DES FORMATIONS :

11 sept 2025
 10 oct 2025
 13 janv 2026
 31 mars 2026
 20 novembre 2026

Document à remplir et renvoyer à sophie@intercamsp.fr
 Pour plus de 5 inscrits sur une même structure, nous contacter.
 Tarif inter-établissement sur devis

Nom¹ Le ... / ... / ...
 Prénom À
 Qualité Signature et Estampille²

1- Informations obligatoires

2- Par ma signature, je certifie avoir autorité pour inscrire le personnel désigné à l'action de formation précitée et accepte les termes des CGV des prestations InterCAMSP ci-jointes.