

ORGAMÉDI VERSION 2 ACTION 3 - MODULE MÉDICAL

ÉTABLISSEMENT

Adresse:
.....
.....
Tel: Fax:
Email:

CONVENTION ET FACTURATION

Adresse:
.....
.....
Tel: Fax:
Email:

NOM PRÉNOM

QUALITÉ

EMAIL

ÉTABLISSEMENT 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 :



31 mars 2026



5 juin 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
Prénom
Qualité

Le / /
À
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.