

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 :


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

Nom ¹
 Prénom
 Qualité

Le ... / ... / ...
 À
 Signature et Estampille ²

1- Informations obligatoires

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