

NOM/Prénom:.....  
 Assistante:.....  
 Adresse:.....  
 Code Postal:.....  
 Ville:.....  
 Téléphone:.....  
 Mobile:.....  
 E-Mail (obligatoire):.....

## INSCRIPTION

**PRATICIEN**  2890€

**PRATICIEN+ASSITANTE**  4420€

Régime alimentaire particulier:  
 .....  
 .....

## HÉBERGEMENT

09/01  145€    10/01  145€    11/01  100€

06/03  145€    07/03  145€    08/03  100€

19/06  145€    20/06  145€    21/06  100€

**TOTAL HÉBERGEMENT = .....€**

**TOTAL GÉNÉRAL= .....€**



## CONDITIONS D'ANNULATION:

*En cas annulation de la part du participant, des indemnités restent dues :*

- **Aucune retenue** pour une annulation **3 mois avant la formation.**
- **40% du montant total** pour une annulation **moins de 3 mois avant la formation.**
- **100% du montant total** pour une annulation **dans le mois précédent la formation**



**Règlement:** de 1 à 5 chèques (merci d'indiquer au dos des chèques les mois d'encaissement souhaités).

**À renvoyer à : CLINIC-ALL, 66 Quai Charles de Gaulle, 69006 LYON // 04 26 18 61 43**