SYMBIOFI
Innovations en psycho-santé
Parc Eurasanté - 30 avenue Pierre Mauroy - 59120 LOOS
tél : 03 28 55 51 19 **courriel :** contact@symbiofi.com
www.symbiofi.com

DOSSIER D'INSCRIPTION

Module de formation et choix des dates

Clinique du stress post-traumatique et thérapie centrée sur l'exposition

fondamentaux, outils d'évaluation, et prise en charge par les TCC

Nombre de jours : **5** Nombre d'heures : **35**

Je choisis mon mode de participation : ☐ **Présentiel (Lille)** ☐ X

Je choisis ma date :

	Début	fin
☐	16/11/26	20/11/26
☐	-	-
☐	-	-
☐	-	-
☐	-	-
☐	-	-

Evaluation des besoins

Cette formation est faite :

☐ A la demande du participant ☐ A la demande de l'employeur

Quelles sont les attentes vis-à-vis de cette formation ? *(plusieurs choix possibles)*

☐ Acquérir de nouveaux outils dans le cadre de la profession
☐ Renforcer les outils et l'expertise dans le cadre de la profession
☐ Acquérir de nouveaux outils dans le cadre d'une reconversion ou d'un nouveau projet
☐ Acquérir de nouveaux outils à titre personnel (*ex: gestion stress pro* .)
☐ Développer le réseau professionnel
☐ Echanger sur le partage de l'expérience avec les confrères
☐ Autre (précisez) :

État civil du stagiaire

☐ Madame ☐ Monsieur

Prénom : Nom :

Profession :

Mail du stagiaire (obligatoire) :

Téléphone du stagiaire (obligatoire) :

En cas de situation de handicap, SYMBIOFI recommande au stagiaire d'indiquer, dès son inscription, la nature de son handicap ainsi que ses besoins spécifiques, afin de lui garantir un accueil optimal :

Financement

Le financement de cette formation est :

☐ à titre personnel
☐ par un OPCO *(Précisez)* :
☐ par France Travail
☐ par une institution / structure *(Précisez ci-dessous)* :

Raison sociale :

N° et rue

Code postal : Ville :

Siret :

Nom, Prénom du responsable :

Téléphone :

SYMBIOFI
Innovations en psycho-santé

Parc Eurasanté - 30 avenue Pierre Mauroy - 59120 LOOS
tél : 03 28 55 51 19 **courriel :** contact@symbiofi.com
www.symbiofi.com

Professions libérales, individuels, structures < 10 salariés

Votre choix	Formule	Formation € net de taxes	Plateaux repas par traiteurs € net de taxes	*SymbioCenter**	Total € TTC
☐	**Je choisi le module de formation** : je sélectionne ma formule tarifaire				
	Clinique du stress post-traumatique et thérapie centrée sur l'exposition			Nombre de jours : **5**	1 142,00 €
☐	Total jours : **5**	1 142,00 €			**1 142,00 €**
☐	J'ajoute la restauration*	1 142,00 €	150,00 €		**1 292,00 €**
☐	Pack avec SymbioCenter**	1 142,00 €		118,00 €	**1 260,00 €**
☐	J'ajoute la restauration*	1 142,00 €	150,00 €	118,00 €	**1 410,00 €**

Structures > 10 salariés

Votre choix	Formule	Formation € net de taxes	Plateaux repas par traiteurs € net de taxes	*SymbioCenter**	Total € TTC
☐	**Je choisi le module de formation** : je sélectionne ma formule tarifaire				
	Clinique du stress post-traumatique et thérapie centrée sur l'exposition			Nombre de jours : **5**	1 656,00 €
☐	Total jours : **5**	1 656,00 €			**1 656,00 €**
☐	J'ajoute la restauration*	1 656,00 €	150,00 €		**1 806,00 €**
☐	Pack avec SymbioCenter**	1 656,00 €		588,00 €	**2 244,00 €**
☐	J'ajoute la restauration*	1 656,00 €	150,00 €	588,00 €	**2 394,00 €**

* ***Plateaux repas : 30 € TTC / jour / plateau***
** ***Plateforme professionnelle d'e-thérapie : Licence 1 an***
www.symbiocenter.com
TVA récupérable à 20% pour les professionnels assujettis

Moyen de paiement

☐ Chèque à l'ordre de SYMBIOFI
☐ Virement bancaire

Code banque : 30027 Code guichet : 17012 Clé : 90 N° de compte : 00020173601
BIC : CMCIFRPP Compte IBAN : FR76 3002 7170 1200 0201 7360 190

(Nom et prénom du stagiaire)

Je soussigné(e) :

avoir pris connaissance des prérequis du module et certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier.

(Nom de la ville)
A :

Le : *(Date)*

Nom, prénom du signataire :

Cachet, signature et bon pour accord :