

### Module de formation et choix des dates

#### Praticien en TCC (Thérapies Cognitives, Comportementales et Émotionnelles)

Niveau 1, Fondamentaux théoriques, cliniques et pratiques

Nombre de jours :

Nombre d'heures :

Niveau 2, Approfondissements et spécialisations

Nombre de jours :

Nombre d'heures :

### 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 :

## Professions libérales, individuels, structures < 10 salariés

Votre choix	Formule	Formation € net de taxes	SymbioCenter * € TTC	Total € TTC
<input type="checkbox"/>	<b>Je choisis le niveau 1 : je sélectionne ma formule tarifaire</b>			Nombre de jours : <b>36</b>
<input type="checkbox"/>	Total jours : 36	6 166,00 €		<b>6 166,00 €</b>
<input type="checkbox"/>	Pack avec SymbioCenter*	6 166,00 €	118,00 €	<b>6 284,00 €</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Je choisis le niveau 1 + le niveau 2 : je sélectionne ma formule tarifaire</b>			Nombre de jours : <b>58</b>
<input type="checkbox"/>	Total jours : 58	9 570,00 €		<b>9 570,00 €</b>
<input type="checkbox"/>	Pack avec SymbioCenter*	9 570,00 €	118,00 €	<b>9 688,00 €</b>

## Structures > 10 salariés

Votre choix	Formule	Formation € net de taxes	SymbioCenter * € TTC	Total € TTC
<input type="checkbox"/>	<b>Je choisis le niveau 1 : je sélectionne ma formule tarifaire</b>			Nombre de jours : <b>36</b>
<input type="checkbox"/>	Total jours : 36	7 994,00 €		<b>7 994,00 €</b>
<input type="checkbox"/>	Pack avec SymbioCenter*	7 994,00 €	588,00 €	<b>8 582,00 €</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Je choisis le niveau 1 + le niveau 2 : je sélectionne ma formule tarifaire</b>			Nombre de jours : <b>58</b>
<input type="checkbox"/>	Total jours : 58	12 412,00 €		<b>12 412,00 €</b>
<input type="checkbox"/>	Pack avec SymbioCenter*	12 412,00 €	588,00 €	<b>13 000,00 €</b>

**\* Plateforme professionnelle d'e-thérapie : Licence 1 an**

[www.symbiocenter.com](http://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 :

(Date)

Le :

Nom, prénom du signataire :

Cachet, signature et bon pour accord :