



Bulletin d'inscription

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Mail :
Téléphone :
Numéro ADELI : École de Formation :

Objectifs

Les objectifs de la formation sont :

- Accompagner un patient présentant des troubles uro prostatiques
- Accompagner un patient présentant des déséquilibres hormonaux et certains troubles de la fertilité
- S'intégrer dans un parcours de soins spécifiques à la santé de l'homme
- Proposer des techniques ostéopathiques spécifiques adaptées aux problématiques de santé masculine.

Quels sont vos objectifs professionnels individuels en suivant cette formation ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Modalités diverses

L'inscription sera définitivement confirmée après réception de ce document et versement des 300 € d'acompte.

Pour tout besoin d'aménagement spécifique, veuillez prendre contact avec le COB.

Vous recevrez 2 semaines avant le début de la formation un mail de convocation reprenant tous les éléments organisationnels nécessaires, ainsi qu'un questionnaire d'auto évaluation permettant aux formateurs de s'adapter au positionnement des stagiaires du groupe.



Formation SANTÉ DE L'HOMME 2024-2025

COB

Veillez cocher la formule choisie :

Membres

Tarif : 1 750€

Acompte : 300 € à l'inscription

- Règlement en 1 versement (1 750 €) :
1 450€ avant le 30/09/24
- Règlement en 2 versements (1 850 €) :
775€ avant le 30/09/24
775€ avant le 30/11/24
- Règlement en 4 versements (1 950 €) :
414€ avant le 30/09/24
412€ avant le 31/12/24
412€ avant le 30/04/25
412€ avant le 30/09/25
- Règlement en 10 versements (2 150 €) :
185 € mensuels
1^{ère} échéance avant le 30/08/24
10^{ème} échéance avant le 31/05/25

Ostéopathe D.O

Tarif : 1 950 €

Acompte : 300 € à l'inscription

- Règlement en 1 versement (1 950 €) : 1 650 € avant le 30/09/24
- Règlement en 2 versements (2 050 €) :
875€ avant le 30/09/24
875€ avant le 30/11/24
- Règlement en 4 versements (2 150 €) :
464€ avant le 30/09/24
462€ avant le 31/12/24
462€ avant le 30/04/25
462€ avant le 30/09/25
- Règlement en 10 versements (2 350 €) :
205 € mensuels
1^{ère} échéance avant le 30/08/24
10^{ème} échéance avant le 31/05/25

Je reconnais être informé(e) que les arrhes versées ne peuvent pas donner lieu à un remboursement sauf en cas d'annulation de la formation par l'organisme formateur.


Je reconnais que toute annulation après le 30/09/24 donnera lieu à l'application de pénalités.

Veillez dater et signer, précédé de la mention « Bon pour accord »



Formation SANTÉ DE L'HOMME 2024-2025

COB

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE				
				
Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande, à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, prélèvements, etc.). This statement is intended to be delivered to those of your creditors or debtors who have transactions posted to your account (credit transfers, invoice payments, etc.).				
IDENTIFICATION NATIONALE / DOMESTIC IDENTIFICATION				
Code Banque	Indicatif	Numéro de compte	Clé RIB	Domiciliation
30002	05660	0000466259V	16	EDGE SDC CHOISEUL 1 N40
IDENTIFICATION INTERNATIONALE / INTERNATIONAL IDENTIFICATION				
IBAN			BIC / Adresse Swift	
FR71 3000 2056 6000 0046 6259 V16			CRLYFRPPXXX	
TITULAIRE DU COMPTE : OSTEOPATHIE F.I				

Libellé complémentaire: Collège Ostéopathique de Bordeaux

**Merci de mentionner en ordre de virement :
« FORMATION SANTÉ HOMME + Nom Prénom »**