

Formulaire d'inscription

À retourner par courriel à [REDACTED] direction@irema.net

L'ACTION DE FORMATION

Intitulé : **Articulation des pratiques en psychiatrie**

Dates : du **02 / 06 / 2025** au **06 / 06 / 2025**

LE STAGIAIRE

Nom : [REDACTED] Prénom : [REDACTED]

Fonction : [REDACTED] Service : [REDACTED]

Établissement : [REDACTED]

Adresse : [REDACTED]

Tél. : [REDACTED] Courriel : [REDACTED]

Merci de cocher cette case si le stagiaire a des besoins en matière d'accessibilité - notre référente handicap vous contactera.

L'EMPLOYEUR

Raison sociale : [REDACTED]

Adresse de convention : [REDACTED]

Nom du signataire de la convention : [REDACTED]

Prénom : [REDACTED] Fonction : [REDACTED]

Tél. : [REDACTED] Courriel : [REDACTED]

RÈGLEMENT

Coût de la formation [REDACTED]

Tarif de la formation : **1 373**

€

TOTAL : **1 373** €

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de vente.

Cachet et signature :

Fait à [REDACTED] le [REDACTED]