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

Troubles psychiques et psychothérapie non médicamenteuse

Fondements théoriques, classification des pathologies et principaux courants thérapeutiques

Nombre de jours : **2** Nombre d'heures : **14**

Je choisis mon mode de participation : ☐ Présentiel (Lille) ☐ Distanciel (Visio-live)

Je choisis ma date :

	Début	fin
☐	19/05/25	20/05/25
☐	-	-
☐	-	-
☐	-	-
☐	-	-

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 de signaler, dès son inscription, la nature de son handicap ainsi que ses besoins spécifiques, afin de l'accueillir dans des conditions optimales :

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 Abonnement 1 an € TTC (TVA à 20%)	Total € TTC
☐	**Je choisi le module de formation** : je sélectionne ma formule tarifaire				
	Troubles psychiques et psychothérapie non médicamenteuse			Nombre de jours : **2**	490,00 €
☐	Total jours : **2**	490,00 €			**490,00 €**
☐	avec la restauration*	490,00 €	60,00 €		**550,00 €**
☐	Pack avec SymbioCenter**	490,00 €		490,00 €	**980,00 €**
☐	avec la restauration*	490,00 €	60,00 €	490,00 €	**1 040,00 €**

Structures > 10 salariés

Votre choix	Formule	Formation € net de taxes	Plateaux repas par traiteurs € net de taxes	*SymbioCenter Abonnement 1 an € TTC (TVA à 20%)	Total € TTC
☐	**Je choisi le module de formation** : je sélectionne ma formule tarifaire				
	Troubles psychiques et psychothérapie non médicamenteuse			Nombre de jours : **2**	690,00 €
☐	Total jours : **2**	690,00 €			**690,00 €**
☐	avec la restauration*	690,00 €	60,00 €		**750,00 €**
☐	Pack avec SymbioCenter**	690,00 €		990,00 €	**1 680,00 €**
☐	avec la restauration*	690,00 €	60,00 €	990,00 €	**1 740,00 €**

Accès à la formation en mode distanciel visio-live

La formation est également accessible en mode distanciel visio-live via l'utilisation de la plateforme ZOOM
Symbiofi propose une installation professionnelle : internet fibré, multi-caméras, prise de son d'ambiance, écrans TV adaptés, possibilité de création de sous-salles virtuelles pour les travaux en sous-groupes

** Plateaux repas : 30 € TTC / jour / plateau*
*** Plateforme web d'e-psychosanté: www.symbiocenter.com*
abonnement 12 mois à toutes les ressources + nombre défini d'accès distanciels patients
TVA récupérable à 20% pour les professionnels assujettis

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

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 / des module(s) et certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier.

(Nom de la ville)

A :

(Date)

Le :

Nom, prénom du signataire :

(Sign)

Cachet, signature et bon pour accord :