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

Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 3

Supervision à la pratique

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

Je choisis : ☐ *Début* 16/12/25 *fin* 19/12/25

Attention, uniquement en distanciel synchrone sur 4 après-midis

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
☐	**OFFRE SIMPLE** : je sélectionne ma formule tarifaire				
	Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 3			Nombre de jours : **2** 490,00 €	
☐	Total jours : **2**	490,00 €			**490,00 €**
☐	*Pack* avec SymbioCenter*	490,00 €		490,00 €	**980,00 €**
☐	**OFFRE DUO (-10% au global) :** je choisis **1 module complémentaire** et je sélectionne ma formule tarifaire				
	Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 2			Nombre de jours : **2** ~~490,00 €~~	
☐	Total jours : **4**	882,00 €			**882,00 €**
☐	*Pack* avec SymbioCenter*	882,00 €		490,00 €	**1 372,00 €**
☐	**OFFRE TRIO (-15% au global) :** je m'engage pour 3 modules et je sélectionne ma formule tarifaire				
	Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 1			Nombre de jours : **3** ~~490,00 €~~	
et					
	Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 2			Nombre de jours : **2** ~~490,00 €~~	
☐	Total jours : **7**	1 249,50 €			**1 249,50 €**
☐	*Pack* avec SymbioCenter*	1 249,50 €		490,00 €	**1 739,50 €**

Choix des dates et du mode de participation

Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 1

Choix de ma date :

	début	*fin*	
☐	06/10/25	08/10/25	**Attention, uniquement en distanciel synchrone sur 5 après-midis**
☐	*Début*	*fin*	
	-	-	

Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 2

Choix de ma date :

	début	*fin*	
☐	14/10/25	17/10/25	**Attention, uniquement en distanciel synchrone sur 4 après-midis**

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

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
☐	**OFFRE SIMPLE** : je sélectionne ma formule tarifaire				
	Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 3			Nombre de jours : **2**	690,00 €
☐	Total jours : **2**	690,00 €			**690,00 €**
☐	*Pack* avec SymbioCenter*	690,00 €		490,00 €	**1 180,00 €**
☐	**OFFRE DUO (-10% au global) :** je choisis **1 module complémentaire** et je sélectionne ma formule tarifaire				
	Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 2			Nombre de jours : **2**	~~690,00 €~~
☐	Total jours : **4**	1 242,00 €			**1 242,00 €**
☐	*Pack* avec SymbioCenter*	1 242,00 €		490,00 €	**1 732,00 €**
☐	**OFFRE TRIO (-15% au global) :** je m'engage pour 3 modules et je sélectionne ma formule tarifaire				
	Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 1			Nombre de jours : **3**	~~690,00 €~~
	et				
	Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 2			Nombre de jours : **2**	~~690,00 €~~
☐	Total jours : **7**	1 759,50 €			**1 759,50 €**
☐	*Pack* avec SymbioCenter*	1 759,50 €		490,00 €	**2 249,50 €**

Choix des dates et du mode de participation

Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 1

Choix de ma date :

	début	*fin*
☐	06/10/25	10/10/25
☐	-	-

Mode de participation:

Attention, uniquement en distanciel synchrone sur 5 après-midis

Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 2

Choix de ma date :

	début	*fin*
☐	14/10/25	17/10/25

Attention, uniquement en distanciel synchrone sur 4 après-midis

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

*** 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

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

Accès à la formation en mode distanciel visio-live

La formation est accessible en mode distanciel visio-live via l'utilisation de la plateforme ZOOM

(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) *(Date)*
A : Le :

Nom, prénom du signataire :

(Sign)
Cachet, signature et bon pour accord :