

Module de formation et choix des dates

Formation Conflits internes et transformation émotionnelle, le Cycle de Spécialisation clinique

Nombre de jours :

Nombre d'heures :

Thérapie des schémas, niveau 1

Nombre de jours :

Choix de la date	☐ début fin <input type="text" value="30/03/27"/> <input type="text" value="01/04/27"/>	☐ début fin <input type="text" value="13/09/27"/> <input type="text" value="15/09/27"/>	☐ début fin <input type="text" value="-"/> <input type="text" value="-"/>
Mode de participation	☐ Présentiel (Lille)	☐ Distanciel (Visio-live)	

Thérapie des états du moi

Nombre de jours :

Choix de la date	☐ début fin <input type="text" value="03/03/27"/> <input type="text" value="05/03/27"/>	☐ début fin <input type="text" value="-"/> <input type="text" value="-"/>	☐ début fin <input type="text" value="-"/> <input type="text" value="-"/>
Mode de participation	☐ X	☐ Distanciel (Visio-live)	

Thérapie de la cohérence et reconsolidation de la mémoire

Nombre de jours :

Choix de la date	☐ début fin <input type="text" value="11/03/27"/> <input type="text" value="12/03/27"/>	☐ début fin <input type="text" value="00/01/00"/> <input type="text" value="01/01/00"/>	☐ début fin <input type="text" value="-"/> <input type="text" value="-"/>
Mode de participation	☐ X	☐ Distanciel (Visio-live)	

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 (obligatoire) :

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	Plateaux repas par traiteurs € net de taxes	*SymbioCenter Abonnement 1 an € TTC (TVA à 20%)	Total € TTC
Je sélectionne ma formule tarifaire				Nombre de jours présentiel: 9	
☐	Total jours : 9	1 942,00 €			1 942,00 €
☐	J'ajoute la restauration*	1 942,00 €	270,00 €		2 212,00 €
☐	Pack avec SymbioCenter**	1 942,00 €		118,00 €	2 060,00 €
☐	J'ajoute la restauration*	1 942,00 €	270,00 €	118,00 €	2 330,00 €

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 sélectionne ma formule tarifaire				Nombre de jours présentiel: 9	
☐	Total jours : 9	2 816,00 €			2 816,00 €
☐	J'ajoute la restauration*	2 816,00 €	270,00 €		3 086,00 €
☐	Pack avec SymbioCenter**	2 816,00 €		588,00 €	3 404,00 €
☐	J'ajoute la restauration*	2 816,00 €	270,00 €	588,00 €	3 674,00 €

* Plateaux repas : **30 € TTC / jour / plateau**
** Plateforme professionnelle d'e-thérapie : **Licence 1 an**
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 / des module(s) 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 :