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

Formation Dépression et désengagement comportemental, *le Cycle de Spécialisation clinique*

Nombre de jours : 7 Nombre d'heures : 65

Troubles dépressifs et de l'humeur Nombre de jours : 2

Choix de la date	☐ *début*	*fin*	☐ *début*	*fin*	*début*	*fin*
	18/05/27	19/05/27	-	-	-	-
Mode de participation	☐ Présentiel (Lille)		☐ Distanciel (Visio-live)			

Activation comportementale Nombre de jours : 2

Choix de la date	☐ *début*	*fin*	☐ *début*	*fin*	*début*	*fin*
	21/06/27	22/06/27	-	-	-	-
Mode de participation	☐ Présentiel (Lille)		☐ Distanciel (Visio-live)			

Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), niveau 1 Nombre de jours : 3

Choix de la date	☐ *début*	*fin*	☐ *début*	*fin*	*début*	*fin*
	22/03/27	24/03/27	23/06/27	25/06/27	11/10/27	13/10/27
Mode de participation	☐ Présentiel (Lille)		☐ 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 :

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 sélectionne ma formule tarifaire				Nombre de jours présentiel: 7	
☐	Total jours : 7	1 540,00 €			1 540,00 €
☐	J'ajoute la restauration*	1 540,00 €	210,00 €		1 750,00 €
☐	Pack avec SymbioCenter**	1 540,00 €		118,00 €	1 658,00 €
☐	J'ajoute la restauration*	1 540,00 €	210,00 €	118,00 €	1 868,00 €

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: 7	
☐	Total jours : 7	2 234,00 €			2 234,00 €
☐	J'ajoute la restauration*	2 234,00 €	210,00 €		2 444,00 €
☐	Pack avec SymbioCenter**	2 234,00 €		588,00 €	2 822,00 €
☐	J'ajoute la restauration*	2 234,00 €	210,00 €	588,00 €	3 032,00 €

**** 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

Je soussigné(e) : *(Nom et prénom du stagiaire)* _____

avoir pris connaissance des prérequis du / des module(s) et certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier.

A : *(Nom de la ville)* _____ Le : *(Date)* _____

Nom, prénom du signataire : _____

Cachet, signature et bon pour accord : _____