



LIEU DE LA FORMATION :

DATE DE LA FORMATION :

MASTERCLASS UDI OREN CLINIQUE DE LA SUPERVISION EMDR...

BULLETIN D'INSCRIPTION

MME MR

NOM & PRÉNOM :

PROFESSION & TITRE :

ADRESSE POSTALE :

TÉLÉPHONE : PORTABLE :

COURRIEL :

LIEU D'EXERCICE :

TYPE D'EXERCICE : CABINET INSTITUTION

FORMATION INDIVIDUELLE - ADRESSE DE FACTURATION SI DIFFÉRENTE DE VOTRE CHÈQUE :
.....

FORMATION CONTINUE - ADRESSE DE L'ORGANISME PRENANT EN CHARGE LA FORMATION :
.....

RESPONSABLE DU DOSSIER :

TÉL. : E-MAIL :

FORMATION EMDR INITIALE :

NIVEAU I : DATES : FORMATEUR EMDR EUROPE :

NIVEAU II : DATES : FORMATEUR EMDR EUROPE :

SUPERVISEURS EMDR EUROPE :

DATE D'ACCREDITATION ET NOM DU SUPERVISEUR EMDR EUROPE :

SÉMINAIRES EMDR SUIVIS EN FORMATION CONTINUE :

Je soussigné(e) atteste avoir pris connaissance des informations et conditions stipulées dans la présentation de la formation et souhaite m'inscrire à la MASTERCLASS UDI OREN - CLINIQUE DE LA SUPERVISION EMDR

LIEU :

DATE :

SIGNATURE :

Toutes ces informations sont destinées à l'Ecole Française de Psychothérapie EMDR. Elles peuvent être transmises à l'Association EMDR France. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre

Pour exercer votre droit, conformément à l'article 34 de la loi informatique et liberté, écrire directement à l'école : efpe.info@gmail.com

DOSSIER D'INSCRIPTION COMPRENANT :

- Le bulletin d'inscription complété et signé
- Une photo d'identité
- Le règlement de (chèque à l'ordre de : EMDR FORMATION)

ENVOYER VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION À : EFPE - 46 RUE DU LANGUEDOC - 31000 TOULOUSE

LE NOMBRE DE PLACE ÉTANT LIMITÉ, L'INSCRIPTION SERA VALIDÉE PAR ORDRE D'ARRIVÉE DES DOSSIERS COMPLETS. INSCRIPTION EFFECTIVE APRÈS LES 10 JOURS LÉGAUX DE RÉTRACTATION, CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI.

EMDR FORMATION - EFPE

46 RUE DU LANGUEDOC - 31000 TOULOUSE - 06 88 98 08 25 - MAIL : efpe.info@gmail.com - www.efpr.fr

N° SIRET : 814 870 598 00012 - N° DE FORMATEUR : 11 75 54209 75

