



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 : INSTITUTION CABINET N° SIRET :

FINANCEMENT INDIVIDUEL - ADRESSE DE FACTURATION SI DIFFÉRENTE DE VOTRE CHÈQUE :

FINANCEMENT INSTITUTIONNEL - 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'ACCRÉDITATION 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

UN LIEN DE PAIEMENT ACCOMPAGNÉ D'UNE CONVENTION, SERA ENVOYÉ PAR MAIL, SUITE À VOTRE INSCRIPTION.

ENVOYER VOTRE DOSSIER PAR MAIL À : efpe.info@gmail.com

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.

EMDR FORMATION - EFPE

11 RUE MATABIAU - BÂTIMENT B - 31000 TOULOUSE - 06 88 98 08 25 - MAIL : efpe.info@gmail.com - www.efpe.fr

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