

# LES GROS RISQUES EN ASSURANCE SANTÉ : HOSPITALISATION, DENTAIRE, OPTIQUE



Bulletin de participation

8 et 9 novembre 2018

Participant à la formation

Mme  M.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Société : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_






Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_



 **Lieu**

Caritat  
5 rue Tronchet  
Paris 8°

   Madeleine  
  Auber

 **Horaires**

Accueil à 8 h 45  
Travaux :  
de 9 h 00 à 12 h 30  
et de 14 h 00 à 17 h 30

Libellé Convention de formation

Mme  M.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Société : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Libellé Facture

Cochez ici s'il s'agit des mêmes informations que « Libellé convention »

Mme  M.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Société : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

N° TVA intracommunautaire : \_\_\_\_\_

SIGNATURE ET CACHET DE L'EMPLOYEUR :

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

N° Convention : \_\_\_\_\_

N° Facture : \_\_\_\_\_

Date de traitement : \_\_\_\_\_

01 44 51 04 00  
info@caritat.fr

## Modalités d'inscription

### Frais de participation

1 320 € HT + TVA 20 %, soit  
1 584 € TTC.

À régler à réception de  
facture, par chèque à l'ordre  
de Caritat ou par virement  
bancaire.

La facture et la convention  
de formation seront  
adressées dès réception de  
cette fiche d'inscription  
dûment complétée.

### Conditions d'annulation

Annulation possible sans  
frais jusqu'à 15 jours avant le  
début de la formation. Dans  
les 15 jours précédant la  
formation, frais d'annulation  
de 50%. Dans les 3 jours  
avant le début de la  
formation, frais d'annulation  
de 100%, ou remplacement  
du participant par une autre  
personne.



SIRET 477 962 690 00020

5 rue Tronchet - 75008 Paris  
Tél. : 01 44 51 04 00 - Fax : 01 44 51 04 09  
www.caritat.fr