

# Comptes de résultat et provisions en assurance santé



## Bulletin de participation

Participant à la formation



Mme  M. Format présentiel

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : .....

Société : ..... Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Mobile\*\* : .....

E-mail : .....

Le stagiaire s'engage à avoir pris connaissance du programme, à être au fait des objectifs énoncés et des prérequis préconisés.

OU

Le stagiaire souhaite être contacté par nos services afin de vérifier qu'il remplit bien les prérequis

\*\* utilisé uniquement en cas d'urgence le jour de la formation (retard, absence...)

### DATE

24 septembre 2025

### LIEU

CARITAT  
24 rue Tronchet - Paris 8°

8 12 14 Madeleine

RER A Auber

Ou à distance

### HORAIRES

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

01 44 51 04 00  
info@caritat.fr

### Libellé Convention de formation

Mme  M.

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : .....

Société : ..... Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... E-mail : .....

### Libellé Facture

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

Mme  M.

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : .....

Société : ..... Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... E-mail : .....

N°TVA intracommunautaire : .....

Fait à .....,  
Le .....

SIGNATURE ET CACHET  
DE L'EMPLOYEUR :

N° Convention : .....

N° Facture : .....

Date de traitement : .....

### MODALITÉS D'INSCRIPTION

Frais de participation : 1350 € HT + TVA 20 %, soit 1620 € TTC

À régler à réception de facture par virement bancaire en indiquant notre numéro de facture.

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