**Les master class de l'institut de psychiatrie :**

***N° 6 : Maladies rares à Expression Psychiatrique***

**Bulletin d’inscription à renvoyer complété et signé**

**Je soussigné, m’inscris à la formation sur le thème « *Maladies rares à Expression Psychiatrique »   et en accepte les* conditions financières.***(cochez selon votre situation):*

Tarif normal …………………………………………………………………………………………………..350 €

Tarif étudiant (**joindre une photocopie de la carte d’étudiant à ce bulletin d’adhésion**)…...200 €

Tarif adhérent Institut de Psychiatrie (à jour des cotisations) ………………………………………200 €

Prise en charge par la formation continue …………………………………………………………...350 €

*=> vous devez transmettre la* ***convention ci-jointe*** *à votre service de formation continue après l’avoir signé et nous indiquer leurs coordonnées  (nom, mail, tel)*

**Nom et prénom**:......................................................................................................................................................

Qualification(s) professionnelle(s):........................................................................................................................

Lieu d’exercice (nom de l’hôpital / ville si libéral) :.............................................................................................

Adresse : ...................................................................................................................................................................

Code postal : …………………………Ville :…………………………………………………………Pays : ...................

**Téléphones (fixe et portable):** ................................................................................................................

**Courriel**: ............................................................................... (Fax: ...........................................................)

Seuls sont autorisés les modes de paiement suivants *(cochez selon votre choix):*

* l**es chèques** postaux ou bancaires libellés en euros et compensables en France**, à l’ordre de Institut de Psychiatrie ;**
* **les virements** sur le compte de Institut de Psychiatrie. *Dans ce cas, joindre au dossier d’inscription une copie du bordereau de versement mentionnant le nom du payeur (s'il est différent du nom du stagiaire.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Code  banque | Code guichet | Numéro de compte | Clé RIB | Domiciliation |
| 10278 | 06054 | 00020496801 | 78 | CM Paris 14 |

Merci de nous retourner ce bulletindûment complété par mail et accompagné du paiement ou de la convention de formation continue à l’adresse suivante : **Secrétariat du Centre de Références Maladies Rares GénoPsy, à l’attention de M. Chouaib Mediouni ARC, CH le Vinatier, 95 bld Pinel 69677 BRON Cedex** *NB**L'inscription prend effet à la réception du formulaire ET du paiement.*

Date : ............................................................... Signature :