



**BULLETIN D'INSCRIPTION**

Attention : pour qu'une demande soit prise en compte toutes les rubriques doivent être renseignées

**A retourner avant le 10 mai 2019**

Service Formation Continue et Alternance (Focal) - 2, rue de la Houssinière - BP 92 208 - 44322 NANTES  
sabine.drubay@univ-nantes.fr

**PARTICIPANT**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

**INSCRIPTION - Prise en charge individuelle**

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

Code postal - Ville : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ ✉ : .....@.....

N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_ (obligatoire)

**INSCRIPTION - Prise en charge par un tiers (employeur – laboratoire)**

Nom de la structure : \_\_\_\_\_

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

Code postal - Ville : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_

✉ : .....@.....

N° de Siret \_\_\_\_\_

N° de déclaration d'association (le cas échéant) : .....

N° URSAFF pour les indépendants : .....

**TARIF \***

L'inscription doit être accompagnée d'un bon de commande et d'un RIB pour les **entreprises du secteur public**.

- Salariés secteur privé : 500 € par personne
- Salariés secteur public (universitaires, personnels Cnrs, INRA, Techniciens de laboratoire...) : 250 € par personne
- Etudiants, doctorants, post-doc : 200 €
- Individuels (demandeurs d'emploi) : 200 €

Les tarifs incluent les enseignements théoriques et pratiques, les supports pédagogiques, les repas et les pauses café.

\* En cas de renoncement par le bénéficiaire à suivre la formation, nonobstant le délai de 10 jours de rétractation à compter de la signature de la convention de formation, des frais seront appliqués, à titre de dédit, selon les pourcentages suivants :

- annulation de 6 à 3 semaines avant la date de démarrage de la formation : 25 % du coût de la formation ;
- annulation de 3 à 1 semaines avant la date de démarrage de la formation : 50 % du coût de la formation ;
- annulation de 1 semaine avant la date de démarrage de la formation: 100 % du coût de la formation.

Je m'inscris à la formation au prix de ... € par personne.

Je joins le bon de commande et le RIB (Entreprises du secteur public).

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du participant

Cachet et signature  
du tiers assurant la prise en charge