

**BULLETIN D'INSCRIPTION À RENVOYER À L'ADRESSE SUIVANTE :**

**SARL IRFOR – 5 RUE PIERRE CURIE  
83 120 LE PLAN DE LA TOUR**

LE MONTANT TOTAL DE LA FORMATION EST DE 900 €. VOUS RÉSERVEZ AVEC UN CHEQUE D'ACOMPTE DE 100 €. LE SOLDE SERA RÉGLÉ EN DEUX FOIS 400 € PAR CARTE BANCAIRE OU CHÈQUE LORS DE VOTRE PRÉSENCE EFFECTIVE SUR LES LIEUX DU STAGE.

VOUS RECEVREZ UN ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE VOTRE INSCRIPTION. UNE FACTURE VOUS SERA REMISE SUR PLACE, VOUS BÉNÉFICIEZ D'UN CRÉDIT D'IMPÔT FORMATION DE 390 €.

**IMPORTANT :**

AUCUN CHÈQUE N'EST ENCAISSÉ AVANT LE DÉBUT DU SÉMINAIRE ET LA PRÉSENCE EFFECTIVE DU PARTICIPANT. EN CAS DE NON PARTICIPATION VOTRE CHÈQUE SERA DÉTRUIT OU VOUS SERA RETOURNÉ.

Je m'inscris à la formation d'Ostéopathie Crânienne du Nouveau-Né à CASSIS et je joins un chèque de réservation de 100 € à l'ordre de SARL IRFOR.

Mr  Mme

**Nom Prénom** .....

**Adresse** .....

**Mail**  
*(en capitale)* .....

**Tél fixe :** .....

**Tel portable :** .....



INSTITUT DE RECHERCHE ET DE FORMATION  
EN OSTÉOPATHIE & REBOITERIE

Organisation : SARL IRFOR – 5 Rue Pierre CURIE 83120 – Le PLAN de la TOUR  
Contact : Monsieur VALAT Max  
Mail : max.valat@gmail.com  
Téléphone : 06.77.37.54.61 et 04.94.54.13.98

**BULLETIN D'INSCRIPTION À RENVOYER À L'ADRESSE SUIVANTE :**

**SARL IRFOR – 5 RUE PIERRE CURIE  
83 120 LE PLAN DE LA TOUR**

LE MONTANT TOTAL DE LA FORMATION EST DE 900 €. VOUS RÉSERVEZ AVEC UN CHEQUE D'ACOMPTE DE 100 €. LE SOLDE SERA RÉGLÉ EN DEUX FOIS 400 € PAR CARTE BANCAIRE OU CHÈQUE LORS DE VOTRE PRÉSENCE EFFECTIVE SUR LES LIEUX DU STAGE.

VOUS RECEVREZ UN ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE VOTRE INSCRIPTION. UNE FACTURE VOUS SERA REMISE SUR PLACE, VOUS BÉNÉFICIEZ D'UN CRÉDIT D'IMPÔT FORMATION DE 390 €.

**IMPORTANT :**

AUCUN CHÈQUE N'EST ENCAISSÉ AVANT LE DÉBUT DU SÉMINAIRE ET LA PRÉSENCE EFFECTIVE DU PARTICIPANT. EN CAS DE NON PARTICIPATION VOTRE CHÈQUE SERA DÉTRUIT OU VOUS SERA RETOURNÉ.

Je m'inscris à la formation d'Ostéopathie Crânienne du Nouveau-Né à CASSIS et je joins un chèque de réservation de 100 € à l'ordre de SARL IRFOR.

Mr  Mme

**Nom Prénom** .....

**Adresse** .....

**Mail**  
*(en capitale)* .....

**Tél fixe :** .....

**Tel portable :** .....



INSTITUT DE RECHERCHE ET DE FORMATION

Organisation : SARL IRFOR – 5 Rue Pierre CURIE 83120 – Le PLAN de la TOUR  
Contact : Monsieur VALAT Max  
Mail : max.valat@gmail.com  
Téléphone : 06.77.37.54.61 et 04.94.54.13.98