

DOSSIER D'INSCRIPTION

// Médecins



PHOTO

MME. MR.

NOM : _____

NOM DE JEUNE FILLE : _____

PRÉNOM : _____

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER COMPLÉTÉ ET SIGNÉ

- Attestation d'inscription au répertoire ADELI
- Attestation de RCP
- Le règlement intérieur signé (*à demander par mail*)
- 1 chèque de **3 180 €** à l'ordre du COPB
(frais d'inscription + frais de dossier)
- Photocopie du diplôme

I. IDENTIFICATION

Nom :

Prénom :

Sexe : Femme Homme

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse personnelle :

Complément d'adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone personnel :

E-mail personnel :

II. SITUATION PROFESSIONNELLE	
Numéro ADELI, <i>notifié sur l'attestation ARS (attestation à fournir) ou identifiant assurance maladie :</i>	
Numéro RPPS :	
Numéro SIRET :	
// VOUS EXERCEZ EN LIBÉRAL :	
Votre adresse professionnelle :	
Code postal :	Ville :
Téléphone professionnel :	E-mail professionnel :
// VOUS ÊTES SALARIÉ :	
Fonction occupée :	Depuis le :
Description détaillée de la fonction :	
Téléphone professionnel (<i>ligne directe</i>) :	E-mail professionnel :
III. FINANCEMENT DE LA FORMATION	
<input type="checkbox"/> Financement personnel	<input type="checkbox"/> Prise en charge par l'entreprise
IV. CONDITIONS FINANCIÈRES	
FRAIS D'ÉTUDES : 1 ^{ère} année : 3 000€ + 180€ de frais de dossier	FRAIS D'ÉTUDES : 2 ^{ème} et 3 ^{ème} année : 3 000€ + 180€ de frais de dossier
<p>- L'inscription ne sera prise en compte qu'à réception du règlement des frais de dossier et d'inscription. Toute année commencée sera due, quel que soit le motif de l'annulation.</p> <p>- Le délai de rétractation est de 10 jours à partir de la réception du dossier. Les frais d'inscription vous seront remboursés en cas de rétractation (dans le respect des délais) hors frais de dossier de 180€.</p>	
RÈGLEMENT INTÉRIEUR : Chaque étudiant signe et s'engage à respecter le règlement intérieur du C.O.P.B qui lui est remis dans le dossier d'inscription.	

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur ce document. »

DATE : _____

SIGNATURE :

Dossier à retourner, signé et accompagné des pièces demandées à :

C.O.P.B FORMATION À TEMPS PARTIEL - ESPACE IRATY - 6, RUE DES ALOUETTES - 64200 BIARRITZ

Pour plus d'informations : 06 18 76 09 17 – ftp@copb.fr – www.college-osteopathie.com