

BULLETIN D'INSCRIPTION | COLLOQUE

Formation demandée : Symposium en Santé Mentale et Intelligence Artificielle

Date et durée de la formation : Lundi 29 et mardi 30 janvier 2024 de 9h à 17h soit 7h de formation / jour

Lieu : Amphithéâtre MRSH

Participe : lundi 29 janvier (journée) mardi 30 janvier (journée)

(Le montant de l'inscription doit être proportionnel aux nombres de jours sélectionnés)

• Inscription au titre de la formation continue des professionnels (N° organisme de formation : 2514P00014)

Besoin d'une facture Besoin d'une attestation de fin de formation

280 € : tarif par personne au colloque pour les deux journées en formation continue

1000 € : tarif de groupe pour les deux journées en formation continue (cocher le groupe correspondant et joindre la liste des inscrits avec les informations demandées ci-dessous)

6 à 20 personnes pour les associations tutélaires et de défense des droits de l'Homme

6 à 10 personnes pour les autres associations

Bulletin à renvoyer avant le vendredi précédent le colloque.

Règlement par virement bancaire les semaines suivant le colloque.

• Autres inscriptions (aucune facture, ni attestation de délivrées)

Gratuit pour les étudiants et enseignants titulaires de l'Université de Caen Normandie

Gratuit pour les enseignants-chercheurs ou doctorants d'autres universités / personnels des collectivités ou organismes publics

Gratuit pour les magistrats de la Cour d'appel de Caen

Gratuit pour les auditeurs libres

À réception de ce bulletin, aucune attestation de présence ne vous sera adressée. Ce bulletin fait office de justificatif d'inscription.

Gestionnaire de la formation :

Coordonnées : droit.recherche@unicaen.fr

PARTICIPANT

Joindre une liste avec ces mêmes informations par participant, en cas d'inscription de groupe.

- Nom d'usage :

- Prénom :

- Adresse postale personnelle :

- Adresse électronique :

- N° de téléphone :

- Nom patronymique :

- Date et lieu de naissance :

- Fonction :

Montant pris en charge par le participant : €

Date :

Nom :

Signature du participant :

FINANCEUR

- Raison sociale :

- Adresse postale :

- Adresse de facturation (si différente) :

- Adresse électronique :

- N° de téléphone :

- SIRET :

- Activité :

- Code APE :

- N° RNA (pour les associations) :

- Référent / Correspondant (nom, qualité) :

Montant pris en charge par le financeur : €

Date :

Nom / Fonction :

Cachet et signature du financeur (obligatoire) :