BULLETIN D'INSCRIPTION
SIKLOMF – BORDEAUX

« Interdisciplinarité en ROMF, regards croisés »

Vendredi 24 et Samedi 25 Avril 2026

☞ INFORMATION SUR LE PARTICIPANT :

Nom & Prénom : .....

Profession : ..... N° RPPS : .....

Adresse postale : .....

.....

CP – Ville – Pays : .....

☎ Téléphone : .....

Email : .....

Votre situation : ❒ Libérale ❒ Employé(e) ❒ Autre (à préciser) .....

Financement : ❒ Vous-même ❒ Votre établissement ❒ Votre OPCO (à préciser) .....

☞ SI VOUS FINANCEZ VOUS-MÊME VOTRE FORMATION :

❒ Formation réglée par vos soins

❒ CB – Un lien **SYSTEMPAY** de la Banque Populaire vous sera adressé séparément
❒ Chèque à libellé à l'ordre de : INSTITUT G. PORTMANN
❒ Virement bancaire
IBAN : BP ACA BX TOURNY : **FR76 1090 7000 0100 1195 0367 640** / BIC : CCBPFRPPBDX

TARIFS DU CONGRES

Cochez la case correspondante

❒ **Frais d'inscription MEMBRE SIKLOMF** (à jour de cotisation)	**220,00 €**	
❒ **Frais d'inscription NON MEMBRE SIKLOMF**	**250,00 €**	
❒ **Frais d'inscription ETUDIANT, RETRAITÉ, SALARIÉ**	**150,00 €**	
❒ **Frais d'inscription en DISTANCIEL**	**200,00 €**	..... **€**
❒ **DINER DE GALA**	**80,00 €**	..... **€**
MONTANT TOTAL		..... **€**

⚠ ATTENTION : Au-delà du 28/02/2026, majoration de 30€ sur tous les tarifs ⚠

Les frais d'inscription comprennent : la participation en présentiel, les déjeuners, les pauses-café, les présentations (que voudront bien confier les intervenants) et l'attestation de présence.

SIKLOMF

INSTITUT G. PORTMANN

BULLETIN D'INSCRIPTION
SIKLOMF – BORDEAUX

☞ SI VOUS ËTES UN ETABLISSEMENT QUI FINANCE LA FORMATION DU PARTICIPANT :

Raison sociale : .....

Adresse : .....

CP – Ville : .....

Personne en charge du dossier : .....

☎ Téléphone : .....

E-mail : .....

Cette formation est-elle prise en charge par un financeur externe :
❒ OUI ❒ NON

Si oui, y a-t-il subrogation de paiement ? *(Cochez oui et seulement oui si le financeur externe règle les frais de formation directement à l'Institut Portmann)*
❒ OUI ❒ NON

Si oui, indiquez le financeur externe (OPCO par exemple)

Raison sociale : .....

Adresse : .....

CP – Ville : .....

Référence de votre dossier : .....

Montant de la prise en charge en cas de subrogation : ..... €

❒ Confirmez que vous n'êtes pas en situation de handicap

❒ Si vous êtes en situation de handicap : NOUS CONTACTER

Fait à ..: ..... le : .....

En signant ce bulletin, je déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales de Ventes et les accepter sans réserve.

NE RIEN RESERVER SANS NOTRE CONFIRMATION DEFINITIVE

A retourner à : institut.portmann@wanadoo.fr

SIKLOMF

INSTITUT G. PORTMANN