



### Choix des sessions et participants

Modalité en Présentiel	Modalité en Intra
<p><b>820 € TTC / personne</b>  <b>Outil Excel® et déjeuner inclus</b></p> <p><b>Lieu : IMI, 62 Bd Sébastopol, 75003 Paris</b>  M° Réaumur--Sébastopol - 03 44 23 88 91 - accueil.paris@utc.fr  Accessibilité aux personnes handicapées via ascenseur.</p> <p><b>Salle : Barthes - Participants : 6 mini, 20 maxi</b>  <b>Session 1 : 22 mars 2024</b>  <b>Session 2 : 12 avril 2024</b>  <b>Session 3 : 31 mai 2024</b></p> <p><b>Salle : Quarante - Participants : 6 mini, 40 maxi</b>  <b>Session 4 : 21 juin 2024</b></p> <p><b>Salle : Barthes - Participants : 6 mini, 20 maxi</b>  <b>Session 5 : 05 juillet 2024</b></p> <p><i>Indiquez vos préférences - Confirmation d'ouverture 2 semaines avant</i></p>	<p><b>Sur devis</b></p> <p><b>Lieu : dans votre Entreprise ou Établissement</b>  <i>Besoin : salle de réunion équipée en vidéoprojection</i></p> <p><b>Date souhaitée 1 :</b></p> <p><b>Date souhaitée 2 :</b></p> <p><b>Date souhaitée 3 :</b></p> <p><b>Date souhaitée 4 :</b></p> <p><b>Date souhaitée 5 :</b></p> <p><i>Indiquez vos possibilités</i>  <i>Confirmation dans un délai de 2 semaines après réception</i></p>

**Outil Excel® personnalisé, pré-rempli et protégé avec les données ci-dessous :**

- Nom de l'établissement de santé ou de l'entreprise :
- Adresse de la **page web** contenant le logo à insérer :
- Coordonnées du **responsable** du service biomédical de l'établissement de santé ou de l'entreprise

NOM & Prénom :

E-mail :

Téléphone :

**Participant(.e.s) :** NOM & Prénom et Email

**IMPORTANT :** Toute inscription en cours est sur une « liste d'attente ».

Elle est validée dès **RÉCEPTION CONFIRMÉE** par UTeam, soit du **bon de commande de votre Entreprise ou Établissement**, soit du **règlement**.

La liste définitive des inscrits est établie selon la chronologie des validations jusqu'à concurrence du nombre maximum pour le séminaire.

**Pour valider votre inscription**, avoir des informations ou obtenir la facture, **remplissez et retournez ce bulletin à :**

**Mme Enoobong AKPAN** -- Tél : + 33 (0)3 44 23 45 92 -- Courriel : enoobong.akpan@utc.fr

**UTeam** -- Groupe UTC -- 66 Avenue de Landshut -- Centre de Transfert UTC -- CS 10154 -- 60201 COMPIEGNE CEDEX

Siret : 34230024100029 -- TVA Intracommunautaire : FR50 342 300 241 -- Agrément formation N° 2260--0053660

Page 2 sur 3

## Prise en charge par un Établissement de santé ou une Entreprise :

- **Nom de l'établissement, Service** et adresse de facturation :
  
- Numéro SIRET :
- NOM de la personne en charge du dossier administratif :
- E-mail : Tél. direct :
- Un bon de commande sera adressé à UTeam : Oui Non
- Règlement à l'ordre d'UTeam, par chèque ou virement IBAN : FR76 3002 7177 8200 0697 8010 120

---

## Prise en charge Individuelle

Pour valider mon inscription, je joins mon chèque à l'ordre d'UTeam  
ou je fais un virement IBAN : FR76 3002 7177 8200 0697 8010 120

### Participant :

- NOM & Prénom :
- Fonction :
- E-mail : Tél. direct :
- Adresse :

Je souhaite recevoir une facture acquittée à l'adresse ci-dessus.

Date :

Signature :

---

Une attestation de suivi ainsi que la feuille de présence seront envoyées à l'issue du séminaire et après règlement

---

**Pour valider votre inscription**, avoir des informations ou obtenir la facture, **remplissez et retournez ce bulletin à :**

**Mme Enobong AKPAN** -- Tél : + 33 (0)3 44 23 45 92 -- Courriel : enobong.akpan@utc.fr

**UTeam** -- Groupe UTC -- 66 Avenue de Landshut -- Centre de Transfert UTC -- CS 10154 -- 60201 COMPIEGNE CEDEX

Siret : 34230024100029 -- TVA Intracommunautaire : FR50 342 300 241 -- Agrément formation N° 2260--0053660

Page 3 sur 3