

**CHIROLISTIC COACHING SARL**  
**FORMULAIRE D'INSCRIPTION À LA FORMATION :**  
**LE TEST MUSCULAIRE MANUEL**  
**POUR LE DIAGNOSTIC FONCTIONNEL CLINIQUE MMT PARIS 2020**  
(voir PROGRAMME et RENSEIGNEMENTS PRATIQUES en annexe)  
**MERCI DE COMPLÉTER LISIBLEMENT ( tout EN MAJUSCULES sauf Email et Facebook )**

Mme  Mlle  M.

Nom :	Prénom :	
Adresse :		
Code Postal :	Ville :	
Tel. :	Mobile :	
Email :		
Profil Facebook :		
Profession :	Année de diplôme :	Ecole :

**Je m'inscris à la formation : LE TEST MUSCULAIRE MANUEL POUR LE DIAGNOSTIC FONCTIONNEL CLINIQUE**

**MMT PARIS 2020**

- Tarif D.C.** (diplômés en 2016 et avant) : **575 € par module x 5** (Non assujetti à la TVA)
- Tarif D.C.1-3** années de pratique (diplômés en 2019-2018-2017) : **375 € par module x 5** (Non assujetti à la TVA)
- Tarif ETUDIANTS** (5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> années uniquement) : **255 € par module x 5** (Non assujetti à la TVA)

**Pour les membres d'ICAK-France à jour de leur cotisation 2020 :**  
- une remise de 10 % du total pour la formation complète en 2020  
( avec inscription confirmée par 5 chèques de réservation « plein tarif » qui seront encaissés la semaine précédant chaque module )  
**sera à déduire du règlement du dernier module contre attestation ICAK-France 2020**  
**(votre chèque du module 5 vous sera alors restitué contre chèque du règlement du nouveau solde remise déduite)**

Et je m'engage donc à suivre les modules  1  2  3  4  5  
(bien cocher chacun des modules sélectionnés)

pour un montant total de  x  modules =

**à l'unité, chaque module devra être réglé 1 mois avant sa date**  
**par chèque(s) libellé(s) à l'ordre de CHIROLISTIC COACHING SARL**

*Chirolistic Coaching se réserve le droit de modifier les dates, horaires des modules ainsi que le lieu et ce jusqu'à 1 mois avant sa date.  
En cas d'annulation de votre part avant cette date, des frais de 15 % du montant vous seront facturés.  
En cas d'annulation de votre part après cette date, aucun remboursement ne sera effectué,  
la présence aux cours est de votre responsabilité.*

*Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales contenues dans nos documents, et les accepter.*

**J'autorise la diffusion de mon image sur les photos, vidéos des cours sur nos sites et réseaux sociaux.**

Date :  Signature :

**Merci d'envoyer copie de ce formulaire d'inscription par mail à [formation@optimumpraxis.com](mailto:formation@optimumpraxis.com)  
et l'original daté et signé de votre main par courrier à :**  
**OPTIMUMPRAXIS - 164 rue de Fontenay - 94300 VINCENNES**

**Votre inscription vous sera confirmée à la réception de votre règlement et de ce formulaire dûment rempli .**  
**Pour une éventuelle demande de PRISE EN CHARGE**  
**faire votre demande FIFPL avant le début de la formation**



**CHIROLISTIC COACHING SARL**

21, avenue de la Poterie 33170 GRADIGNAN Tel 06 02 09 75 34

Email : [formation@optimumpraxis.com](mailto:formation@optimumpraxis.com) Site web : [optimumpraxis.com](http://optimumpraxis.com)

Déclaration d'activité enregistrée sous le n°72 33 09186 33 auprès du préfet de région d'Aquitaine  
SARL au capital de 1000 Euros - SIREN : 501 896 047 - APE : 8559A référencé DATADOCK

