



Inscription au stage

Contrat de prestations de service à retourner à l'AKF, complété, daté et signé, accompagné des justificatifs et du règlement.

Formation de base à la Dynamique Kousmine du 30 janvier au 04 février 2024

Stage réservé aux professionnels de santé

médecins, sages-femmes, infirmières, kinésithérapeutes, naturopathes, ostéopathes (joindre un justificatif)

Mme M.

Nom : _____ Prénom : _____

L'adhésion à l'AKF est obligatoire pour participer aux stages.

Adhérent(e) de l'AKF : oui non A jour de la cotisation 2024 : oui non n° d'Adhérent
ou de la Fondation Kousmine (si connu)

Si vous n'êtes pas adhérent(e) de l'AKF ou si vous n'êtes pas à jour de votre cotisation, joindre un bulletin d'adhésion, dûment complété, daté et signé, accompagné d'un règlement séparé, à votre bulletin d'inscription.

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Tél. fixe : ____/____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____

Courriel : _____@_____

Age : _____

Choix de l'hébergement : (cochez la case)

- Chambre double (2 lits séparés) avec sanitaires privatifs, inclus dans le tarif.
 Chambre individuelle avec sanitaires privatifs, selon disponibilité. **Supplément de 80€** à payer sur place.

Tarif & paiement :

Règlement par chèque ou par virement. Paiement échelonné possible en cas de difficultés financières (s'adresser à l'AKF).

Je joins 2 chèques ou J'effectue 2 virements bancaires

| Tarif - 840€ | |
|--------------|---|
| Montant | Date encaissement / Virement |
| 80€ | Encaissé à réception ou viré à l'inscription / non remboursable |
| 760€ | Solde encaissé ou viré 1 mois avant la date du stage |

Identifiant international du compte bancaire de l'AKF

| IBAN (International Bank Account Number) | BIC (Bank Identifier Code) |
|--|----------------------------|
| FR76 30003 03270 00050422672 70 | SOGEFRPP |

NOTA :

Un courrier ou un mail de confirmation d'inscription, accompagné de l'itinéraire pour vous rendre à La Croisée, vous sera adressé à réception de votre contrat de prestations de service. Si le nombre de participants est insuffisant, le stage pourra être annulé quelques jours avant la date et toutes les sommes encaissées vous seront intégralement remboursées.

Date : ____/____/____

Signature : (précédée de la mention « lu et approuvé »)