

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Merci de compléter ce formulaire
et de nous le renvoyer à :
(un formulaire par candidat)



Votre entreprise

Responsable formation (ou de la réservation) :

Nom..... Prénom.....

Entreprise

Raison sociale

Adresse.....

Tél. Fax :

Email

Siret Code NAF

Informations candidat

Nom..... Prénom.....

Fonction..... Date de naissance

Tél..... Email

La formation

Intitulé de la formation :

Date choisie :

Facturation

Adresse de facturation si différente de l'adresse ci-dessus.

.....
.....

En cas de règlement par un **OPCA**, indiquer ci-dessous les coordonnées de l'organisme et joindre la copie de l'accord.

.....
.....

Fait à le /___/___/___/