

BULLETIN D'INSCRIPTION

Formations 2016–2017



INTITULÉ DE LA FORMATION

Dates : du | | | | au | | | | Lieu : | | | | Prix : | | | | €

Formation effectuée dans le cadre du CPF Plan de formation Contrat de professionnalisation Financement individuel

PARTICIPANT

Madame Monsieur

N° Siret | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Date de naissance | | | | | |

Fonction : E-mail :

Téléphone | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Télécopie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PRISE EN CHARGE PAR L'ENTREPRISE

N° Siret | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Raison sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

INTERLOCUTEUR : Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Fonction : E-mail :

Téléphone | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Télécopie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SIGNATAIRE DE LA CONVENTION :

Nom : Prénom :

Fonction : E-mail :

Téléphone | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Télécopie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Si Entreprise, n° identifiant TVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FACTURATION ET RÈGLEMENT

Adresse de facturation (si différente) :

J'accepte les conditions générales de vente dont j'ai pris connaissance

Ci-joint un chèque de : € (à l'ordre de Institut REPERE)

Règlement par un OPCA

Fait à : Le :
Signature

Cachet de l'entreprise
