

Merci de bien vouloir nous retourner ce document, dûment complété, par fax, mail ou courrier
Toute annulation intervenant dans les 15 jours qui précèdent la formation donnera lieu à des frais de dédit

Participant :

Mme , Mlle , M. . Nom Prénom
 Fonction
 Téléphone **Portable** **(strictement confidentiel)* :
 E-mail*

Entreprise ou organisme du participant :

Nom entreprise.....
 Adresse
N°SIRET de l'entreprise :

Responsable formation (signataire de la convention de formation) :

Mme , Mlle , M. . Nom Prénom
 Fonction Téléphone
 E-mail*

Adresse *(si différente du participant)*

Personne chargée du suivi administratif du dossier :

Mme , Mlle , M. . Nom Prénom
 Téléphone E-mail*

Facturation à :

- l'entreprise Oui pour un montant de :€ Non
 - un organisme financier (OPCA, AFPA etc...) Oui pour un montant de :€ Non
 - autre, précisions:

Séminaire(s) :

Intitulé(s) et dates

 Prix net(s) total *(pas d'assujettissement à la TVA)*

Acceptez-vous de recevoir l'offre actualisée de nos programmes ? Oui Non

Signature du Responsable formation
 et **cachet** de l'entreprise :