
FORMATION PRISE EN CHARGE

☐ ÉTABLISSEMENT / ORGANISME PAYEUR :

Nom de l'entreprise :

Adresse :

.....
.....

.....

Code postal

Commune :

Représenté par :

Nom, Prénom :

Qualité :

.....
.....

Forme sociale – Statut de l'entreprise :

Association loi 1901

Établissement Public

Collectivité territoriale

Organisme Financier

Entreprise privée

Autre (à préciser) :-----

N° SIRET ou INSEE : -

Code APE :

Pour les associations :

N° de déclaration en préfecture :

Date de création :

☐ SIGNATAIRE DE LA CONVENTION : (si personne différente du représentant de l'entreprise)

Nom, Prénom : |

Qualité : |

☐ CONTACT POUR TOUTES INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (liées à l'inscription / la facture)

Nom, Prénom : |

Téléphone : | -----

Adresse électronique : |

Fonction : |

Pour valider votre inscription, veuillez faire dater, signer et tamponner :

Signature du Chef d'établissement :
Nom, prénom et qualité

Signature et cachet de l'établissement payeur :
Nom, prénom et qualité du signataire