

FORMATION PRISE EN CHARGE

Merci de faire parvenir un bon de commande dans les jours qui suivent l'envoi du bulletin d'inscription

☐ 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 COMPLEMENTAIRES (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