

BULLETIN D'INSCRIPTION

Intitulé de la formation

NOM / PRÉNOM	FONCTION	NOM / PRÉNOM	FONCTION

- | | |
|---------------------------|---|
| - Dates de la formation : | - Tarif personnel <input type="checkbox"/> |
| - Horaires : | - Tarif institutionnel <input type="checkbox"/> |
| - Lieu : | |

Établissement :

Adresse de l'établissement :

Pour l'établissement, dossier suivi par :

Fonction :

Adresse mail :

Tél. :

Une attestation de présence sera remise à chaque agent ayant assisté à la conférence

Nous souhaitons recevoir une convention de formation

Adressée au nom de :

Le règlement s'effectuera sur facturation par : Chèque Virement

Fait à : Le Nom, signature et cachet :

Merci de renvoyer le bulletin ci-joint rempli et signé à :