BULLETIN D'INSCRIPTION

STAGE

Titre : _____

Référence : |_|_|_|_|_| Date : _____

PARTICIPANT

☐ M. ☐ Mme Prénom : _____ Nom : _____

Fonction : _____ e-mail : _____

Raison sociale de l'établissement : _____

Numéro de SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Mobile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Besoins particuliers (accessibilité, ...) : _____

RESPONSABLE INSCRIPTION

☑ M. ☐ Mme Prénom : _____ Nom : _____

Fonction : _____ e-mail : _____

Raison sociale de l'établissement : _____

Numéro de SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Mobile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

FACTURATION

L'adresse de facturation est-elle différente de la raison sociale ? ☒ Oui ☐ Non

Etablissement à facturer (si différent du participant) ou OPCA : _____

Cachet de l'entreprise	Signature

Contact :

par e-mail
formation@ccah.fr

par téléphone
01 42 27 73 25