

Bulletin d'inscription

FORMATION GENERALE AGRÉÉE

Intitulé _____

Dates _____

Prix net*

(exonéré de TVA)

*Coût de la formation hors transport, restauration, hébergement.

346€ X jours =

Lieu : _____

COORDONNEES DU STAGIAIRE

M. Mme Mlle NOM

Prénom : _____

Fonction _____

Entreprise, organisation

Secteur d'activité : _____

Responsable formation _____

Effectif de votre établissement _____

Adresse professionnelle _____

Code postal

Ville : _____

Tél.

Fax : _____

e-mail (en majuscules) _____

Adresse personnelle

(si nécessaire pour l'envoi de la convocation) _____

Dans votre entreprise, êtes-vous en délégation unique du personnel :

 oui

 non

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Nom du financeur _____

Adresse professionnelle _____

Code postal

Ville : _____

Tél.

Fax : _____

e-mail (en majuscules) _____

Souhaitez-vous recevoir une convention de formation :

 oui

 non

Toute inscription ne sera considérée comme définitive qu'à réception de ce bulletin d'inscription accompagné d'un versement représentant 30% du montant de l'action de formation.

Date, nom et signature du responsable : _____

Cachet :

A renseigner par le stagiaire

A renseigner par le financeur

Numéro de déclaration d'existence pour la formation professionnelle :

11 930 301 393

Formation économique aux membres des CE

art. L2325-44 : Agrément n° 99-469

Arrêté du 29/03/99 - Préfecture Ile-de-France

Formation des représentants du personnel au CHSCT

art. L4614-14 : Agrément n° 88-1344

Arrêté du 31/12/88 - Préfecture Ile-de-France

Merci de retourner ce bulletin d'inscription dans les plus brefs délais à :
inscription@emergences.fr (scan et envoi par mail)
ou par fax au 01 55 82 17 45
