

Bulletin d'inscription

FORMATION NON AGRÉÉE

Intitulé

Dates

Prix net*

(exonéré de TVA)

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

346€ X Jours =

Lieu :

A renseigner par le stagiaire

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

A renseigner par le financeur

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Nom du financeur

Adresse professionnelle

Code postal

Ville :

Tél.

Fax :

e-mail (en majuscules)

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. Une convention de formation vous sera adressée en retour.

Date, nom et signature du responsable :

Cachet :

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

