



BULLETIN D'INSCRIPTION

Toute inscription vaut acceptation sous réserve des conditions de participation détaillées au verso

A photocopier et a faxer au : 04.72.77.99.34

STAGE

Date _____ Titre _____

Prix TTC _____

Formation effectuée dans le cadre du DIF Plan de formation Période de professionnalisation

Nombre d'heures _____

PARTICIPANT

M. Mme Mlle / Prénom _____ Nom _____

Fonction _____ e-mail _____

Adresse d'envoi du courrier de convocation _____

ENTREPRISE / ETABLISSEMENT

RESPONSABLE FORMATION

M. Mme Mlle / Prénom _____ N° SIRET _____

Nom _____

Personne responsable de l'inscription, si différente _____

M. Mme Mlle / Prénom _____ Nom _____

Fonction _____ e-mail _____

Raison sociale _____ Adresse _____

_____ Téléphone _____ Télécopieur _____

Effectif établissement _____ N° identifiant TVA _____

> FACTURATION

> REGLEMENT

Etablissement à facturer, si différent _____ ci-joint un chèque de _____
a l'ordre de ICCM.

Le règlement sera effectué par un OPCA
(sauf frais de repas, voir conditions de participation au verso)

Paiement à réception de facture

CACHET DE L'ENTREPRISE/ L'ETABLISSEMENT

SIGNATURE

La signature de ce bulletin d'inscription signifie l'acceptation sans réserve des conditions générales de vente figurant au verso de ce bulletin