

Bulletin d'inscription



ENTREPRISE

Raison sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Fax : Mail :

Effectif : Code APE : Numéro SIRET :

Interlocuteur Formation : Mail :

Signataire de la convention : Mail :

INFORMATIONS REQUISES UNIQUEMENT POUR LES FORMATIONS DANS LE DOMAINE DU SECOURISME

Nom du médecin du travail :

Coordonnées de la médecine du travail :

FORMATION - PARTICIPANT(ES)

Intitulé :

Date(s) :

Durée : Lieu :

M. Mme

M. Mme

M. Mme

M. Mme

M. Mme

M. Mme

M. Mme

M. Mme

M. Mme

M. Mme

FACTURATION

Destinataire de la facture : Entreprise O.P.C.A.* Raison sociale :

*En cas de facturation directe à votre OPCA, l'accord de prise en charge doit nous parvenir avant le début de la formation.

Interlocuteur :

Adresse de facturation :

Code postal : Ville :

Destinataire de la facture.....

Fait à : le

Nom du signataire :

Cachet de l'entreprise et signature précédés de la mention «Bon pour accord»

A retourner complété par courrier à l'adresse de votre établissement de référence ou par messagerie à fc@aftec.fr.