

BULLETIN D'INSCRIPTION FORMATION INTER – PRESENTIEL

Coordonnées du participant

Nom* : Prénom* :
Société* : SIRET :
Activité :
Adresse :
Code postal : Ville :
Fonction exercée* :
E-mail professionnel* :
Tél* :

Intitulé de la formation souhaitée

Nombre de jour(s) de formation : Date(s) :

Lieu de la formation : Rennes Nantes

Êtes-vous concerné par des besoins d'adaptation liés à une situation de handicap nécessitant des ajustements d'accès à la formation ou d'aménagement du contenu ? Oui Non

Tarif global : € HT

Coordonnées de facturation

Adresse si différente :
Adresse e-mail de facturation :
Date : Signature et cachet de l'entreprise

**mentions obligatoires*

Paiement à réception de la facture après formation

Merci de bien vouloir retourner ce formulaire, complété, signé et scanné, à l'adresse suivante :
sophie.giacobbe@conseiliaa.com