

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### STAGIAIRE

NOM ..... PRÉNOM .....

FONCTION ..... E-MAIL .....

INTITULÉ DU STAGE ..... RÉF. ....

LIEU ..... DATES PRÉVUES ..... PRIX .....

### SOCIÉTÉ

RAISON SOCIALE - STATUT JURIDIQUE .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

TÉL. .... E-MAIL .....

 Entreprise de moins de 50 salariés Entreprise de plus de 50 salariés

NOM DU RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION .....

COORDONNÉES .....

### FACTURATION DU STAGE

 À LA SOCIÉTÉ  À UN AUTRE ORGANISME (OPCO,...)\* : NOM ET ADRESSE .....

\* Sous réserve d'un accord de prise en charge.

NOM - PRÉNOM ..... FONCTION .....

JE RECONNAIS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES CONDITIONS D'INSCRIPTION

À .....

LE .....

SIGNATURE

CONTACTER LE CENTRE DE FORMATION

Tél. 02 37 18 48 00 - formation@cerib.com