

Nom, prénom :

Téléphone :Mail :

Adresse :

Siret.....Code APE.....

Statut Chef d'entreprise Salarié Autre (Précisez) :

X	Formation	Dates	Lieu	Tarif TTC

VALIDATION DE VOTRE INSCRIPTION

- Vous recevrez un mail de confirmation mentionnant éventuellement des pièces complémentaires à nous fournir pour votre demande de prise en charge.
- Une semaine avant le début de la formation, vous recevrez une convocation par mail vous indiquant toutes les informations nécessaires (adresse, horaires, poses déjeuner, matériel...)

Prise en charge financière :

Votre fond d'assurance formation (FAFCEA, OPCALIA, FONGECIF, AGEFOS PME, FIFPL...) prennent en charge financièrement votre formation.

Notre organisme est référencé Datadock et nous assurons pour vous la gestion de vos dossiers de prise en charge.

Je déclare avoir pris connaissance et accepte les conditions d'inscription.

Fait à _____ Le _____

Signature du stagiaire

Signature de la Direction

