



AUCUNE INSCRIPTION NE SERA PRISE EN COMPTE SANS CE DOCUMENT PARFAITEMENT COMPLÉTÉ

## FORMATION

Intitulé de la formation : .....

.....

Code Référence du stage : .....

Date de la session : .....

## PARTICIPANT(E)

M.  Mme

Nom : ..... Prénom : .....

Profession : ..... Service : .....

E-mail : .....

Tél. : .....

Société et adresse professionnelle : .....

.....

Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Souhaitez-vous être contacté par notre référent handicap ? oui  non

Membre individuel SFV : oui  non

Niveau d'études : .....

Avez-vous déjà utilisé des Techniques du Vide : oui  non

Je confirme que la personne inscrite possède bien les pré-requis pour suivre cette formation

## Vos attentes

## SOCIÉTÉ

Raison sociale : .....

Service/Centre : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Tél. : ..... N° SIRET : .....

N° de TVA : ..... CODE APE : .....

Responsable Formation ou RH :

Dossier suivi par :

M.  Mme

M.  Mme  Fonction : .....

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Tél. : .....

Tél. : .....

E-mail : .....

E-mail : .....

## FACTURATION (EN EXONÉRATION DE TVA)

Montant total de l'inscription (net de taxes) : .....

Paiement direct par l'entreprise : oui  non

Si différent de l'entreprise, remplir la partie adresse précise de facturation ou société ou OPCO ci-dessous

.....

.....

Tél. : ..... Fax : .....

E-mail : .....

**ATTENTION ! Si la prise en charge est acceptée partiellement ou interrompue, le complément restant dû est à la charge de la société.**

J'ai lu et accepte les conditions générales de vente de la SFV

Date .....
Signature du responsable

Cachet de l'entreprise
------------------------