



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 |
|------------------------|