

Intitulé

Date

Lieu

Coût Adhérent
 Non adhérent

Participant

Nom & Prénom

Fonction

Courriel

Téléphone

Entreprise

Le participant reconnaît avoir les prérequis nécessaires au suivi de la formation indiqués sur le programme de formation

Le participant souhaite signaler une gêne, un problème de santé ou un handicap nécessitant d'adapter la formation

Précisions problème de santé ou handicap

Besoins particuliers et attentes du participant

Entreprise

Raison sociale

Adresse

Téléphone

Numéro de Siret

Interlocuteur pour la formation

Nom

Courriel

Téléphone

Facturation

Entreprise OPCO (merci de joindre votre accord de prise en charge)

Adresse de facturation

Je reconnais avoir pris connaissance des informations pratiques et conditions générales de vente des prestations via ce [lien](#)

Date : **Signature & cachet de l'entreprise :**

Bulletin d'inscription à retourner à formation@novachim.fr