

BULLETIN D'INSCRIPTION

Retournez ce formulaire par Email • academy@caduceum.fr

FORMATION

Ref Titre
Date Prix € HT

PARTICIPANT(S)

NOM	Prénom	Fonction	Email

ENTREPRISE

N°SIRET Société

Adresse

Code postal Ville / Pays

Responsable légal (signataire de la convention)

Mme M. Nom Prénom

Email

Responsable de la formation (si différent)

Mme M. Nom Prénom

Fonction Service

Adresse

Code postal Ville / Pays

Tél. ligne directe Email

MODE DE REGLEMENT

L'employeur s'engage à payer à l'Organisme de formation les sommes ci-dessous mentionnées à réception de la facture. Aucun escompte ne sera accepté pour paiement comptant. Prise en charge par un organisme financeur : Il vous appartient de vérifier l'imputabilité de votre formation auprès de votre OPCA, de faire votre demande de prise en charge et de nous transmettre l'accord avant la formation.

OPCA

Adresse

Code postal Ville / Pays

Si besoin : N° Bon de Commande

Pour toute nouvelle inscription, merci de joindre à ce bulletin un extrait de votre Kbis.

Fait à Le Cachet de l'entreprise et signature

NOM

Prénom