



BULLETIN D'INSCRIPTION

À retourner par mail à formation@letempsdunregard-paris.fr

PARTICIPANT PARTICULIER

M. Mme
 Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Téléphone :
 Email :
 Fonction :

ENTREPRISE/AUTO ENTREPRENEUR

M. Mme
 Nom :
 Prénom :
 Entreprise :
 Email :
 Téléphone :

STAGE

Titre : Référence :
 Date(s) : Option :
 Ville : Avec Kit - Sans Kit
 Prix HT : Prix TTC (20%) :

RAISON SOCIALE DE L'ENTREPRISE

Nom :
 Adresse :
 Code postal :
 Ville :
 Pays :
 Téléphone :
 Siret :
 Code Naf :

ETABLISSEMENT A FACTURER SI DIFFERENT

Nom :
 Adresse :
 Code postal :
 Ville :
 Pays :
 Téléphone :
 Siret :
 Code NAF :

SIGNATAIRE DES CONVENTIONS DE FORMATION

Nom : Prénom :
 Fonction : Email :
 Téléphone :

CONDITIONS DE RÈGLEMENT

Je consens à mobiliser mon compte personnel de formation (CPF) pour suivre cette formation : Oui Non
 Financier(s) complémentaire(s) de la formation (nom et montant) :

Le règlement sera effectué uniquement par un organisme collecteur : Oui Non

M. Mme
 Nom et Prénom du stagiaire :
 Date de naissance :
 Niveau de formation actuel (Bac, BTS, Licence) :
 Poste occupé (employé, cadre, ouvrier) :
 Nature du contrat (CDD, CDI) et date d'entrée :
 N° adhérent et nom de l'organisme financeur :
 Adresse complète :
 Téléphone : Correspondant:
 Email :

La signature de ce bulletin d'inscription vaut acceptation des conditions générales de vente.

À

Le

Signature du stagiaire

Cachet de l'entreprise