



BULLETIN D'INSCRIPTION

UN BULLETIN PAR PERSONNE

NOM ET REFERENCE DE LA FORMATION

.....

DATE DE LA FORMATION

.....

PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

Fonction :

Courriel :

Téléphone :

CONTACT ADMINISTRATIF/RH

Nom :

Prénom :

Fonction :

Courriel :

Téléphone :

L'ENTREPRISE

Raison sociale :

SIRET :

Adresse :

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

La formation sera prise en charge par :

- L'entreprise Un OPCA Le CPF Autre :

(merci de nous adresser les documents de prise en charge dès que vous les obtenez)

Adresse de facturation :

.....

.....

Fait à

Le.....

Signature (nom, fonction, cachet)

Merci de renvoyer ce document à : administration@aquafuence.fr ou par courrier



N° de déclaration d'activité d'organisme de formation : 11 75 46759 75

AQUAFLUENCE SAS. au capital de 9 000 € - 5 rue des Vignes - 78220 Viroflay - Tél : 01 39 54 52 02
SIREN 484 166 558 RCS Versailles - SIRET 484 166 558 00037 - TVA FR 55 484 166 558