

BULLETIN D'INSCRIPTION



Formation professionnelle continue
Certificat NF 214/09/00084.3

A retourner à :



61 rue Smith – 69002 LYON
Tél. 04 78 47 55 60 – Fax 04 72 17 09 75
E-mail : esford@esford.fr – site internet : www.esford.org

FORMATION n°

Intitulé :

Dates : Lieu :

STAGIAIRE

Nom (Mme, Mlle, M.) : Prénom :

Fonction :

Tél. travail : / poste : Tél. personnel : *

Adresse personnelle :

.....

Adresse mail : *

Certifie avoir pris connaissance des conditions générales de vente.

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Date :

Signature :

* OBLIGATOIRE

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

Nom du responsable de l'inscription :

Fonction : Etablissement :

Adresse :

.....

Tél. : / poste :

Adresse mail :

Je soussigné(e)

Agissant en qualité de m'engage par la présente

à prendre en charge les frais afférents à cette inscription.

Certifie avoir pris connaissance des conditions générales de vente.

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Formation financée par un OPCA oui

non

Si oui, merci de préciser lequel :

Fait à Le Signature et cachet

Règlement à réception de la facture.