

Formation

Intitulé de la formation : _____

Référence : _____

Dates : Du ____ / ____ / ____ Au ____ / ____ / ____

Total en € HT : _____ (Tarif unitaire € HT) x _____ (nb inscrits) = _____ € HT

Entreprise

Raison sociale : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ SIRET : _____

Responsable de l'inscription

Nom-Prénom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____ e-mail : _____

Participants

Nom-Prénom _____

Nom-Prénom _____

Fonction _____

Fonction _____

e-mail _____

e-mail _____

Tél : _____

Tél : _____

Informations complémentaires (merci de renseigner tous les champs)

- Votre entreprise/collectivité nous transmettra-t-elle un Bon de commande pour la facturation ? Oui Non
- Souhaitez-vous recevoir une convention de formation détaillée ? Oui Non
- Rappel** : Nos factures font office de convention de formation simplifiée
- Effectuez-vous une demande de prise en charge en subrogation directe auprès d'un OPCO ? Oui Non
- Le participant est-il en situation de handicap ? Oui Non

Facturation

Nom du contact (entreprise/OPCO) : _____

Adresse (si différente) : _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone (ligne directe) : _____ e-mail (destinataire facture) : _____

RAPPEL : Conditions de paiement : A réception de facture, envoyée après la formation (sauf conditions particulières précisées sur le Bon de commande client)

Date	Nom, qualité du signataire et signature	Cachet de l'entreprise

La signature de ce bulletin d'inscription vaut acceptation sans réserve des conditions générales de vente de l'IMVE