



N° SIRET : 326 480 621 000 27
N° d'enregistrement : 42 67 03 144 67

BULLETIN D'INSCRIPTION

Un exemplaire par stagiaire
A retourner à l'adresse mail suivante : s.woloszyn@adiral-assistance.fr

FORMATION

Intitulé de la formation : _____

Lieu de la formation : _____

Date(s) de la formation : _____

INFORMATION PARTICIPANT

Madame

Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____ Email : _____

ETABLISSEMENT

Dénomination sociale de l'établissement : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Email : _____

N° SIRET : _____

ADRESSE DE FACTURATION (si différente de l'adresse ci-dessus)

Adresse : _____

Le règlement s'effectue après la formation et à réception de la facture.

Fait à _____, le _____

Nom _____ Prénom _____

Fonction _____

Signature

Cachet de l'établissement