

Bulletin d'inscription Formation INTER

À retourner au service formation

• Soit par courrier à :
France Alzheimer
et maladies apparentées,
11, rue Tronchet 75008 Paris.

• Soit par mail à :
formation@francealzheimer.org

La signature du bulletin vaut
acceptation des conditions générales
de vente (page 42) et du programme de
formation.

Conformément à la loi du 06/01/1978,
les informations peuvent donner lieu
à l'exercice d'un droit d'accès et de
rectification auprès de notre service
Formation.

INSCRIPTION

DPC

Intitulé de la formation :

Session du : au :

Prix de la formation :

Convention de formation : employeur stagiaire autre (OPCA...)

Facturation : employeur stagiaire autre (OPCA...)

EMPLOYEUR

Raison sociale :

Siret :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : e-mail :

Personne en charge du dossier : Madame Monsieur

Prénom : Nom :

Tél. : e-mail :

STAGIAIRE 1

Madame Monsieur

Prénom : Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : e-mail :

Fonction :

STAGIAIRE 2

Madame Monsieur

Prénom : Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : e-mail :

Fonction :

Fait à : Le :

(Cachet de l'établissement)