

Intitulé

Date

Lieu

Coût Adhérent
 Non adhérent

Participant

Nom & Prénom

Fonction

Courriel

Téléphone

Entreprise

Le participant reconnaît avoir les prérequis nécessaires au suivi de la formation indiqués sur le programme de formation

Le participant est reconnu travailleur handicapé

**Besoins
particuliers et des
attentes du
participant**

Entreprise

Raison sociale

Adresse

Téléphone

Numéro de Siret

Interlocuteur pour la formation

Nom

Courriel

Téléphone

Je reconnais avoir pris connaissance des informations pratiques et conditions générales de vente des prestations via ce [lien](#)

Date : Signature & cachet de l'entreprise :

Facturation

Entreprise OPCO (merci de joindre votre accord de prise en charge)

**Adresse de
facturation**

Bulletin d'inscription à retourner à afip@chimie-med.fr