

Formation choisie

Thème :

Date : Nombre de jour :

Etablissement

Organisme employeur (salariés) :

Organisme de rattachement (bénévole et étudiant) :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Fax :

E-mail :

Responsable de la structure :

Stagiaire

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Fax :

E-mail :

Fonction :

Facturation et règlement

Formation effectuée dans le cadre d'un DIF

Prix : 400 euros 240 euros
 200 euros 120 euros

La facture sera établie à l'ordre de :

Vous-même Votre structure Votre organisme collecteur

Nom et adresse de l'organisme à facturer :

Signature et cachet de l'établissement :