

Bulletin d'inscription

Formation

Veillez enregistrer mon inscription pour le(s) module(s) suivant(s) :

Ref :

Intitulé :

.....

.....

Dates du stage :

Participant

Mme M.

Pharmacien Inscrit à l'ordre

N° RPPS / ADELI :

Nom & Prénom :

Fonction :

.....

Service :

Responsable d'une équipe : OUI NON

Tél. direct : e mail :

Raison sociale et adresse du lieu de travail

(si différente cadre suivant)

.....

.....

.....

Code postal :

Ville & Pays :

Administratif

RESPONSABLE N+1 DU PARTICIPANT

Mme M.

Nom & Prénom :

e mail :

CONTACT ADMINISTRATIF / SERVICE FORMATION

Mme M.

Nom & Prénom :

e mail :

Tél direct :

FONCTION :

Responsable formation

Responsable N+1 du participant

Personne chargée de la gestion administrative de la formation

Gestionnaire externe

Raison sociale et adresse du lieu de travail

(si différente cadre suivant)

.....

.....

.....

Code postal :

Ville & Pays :

Entreprise ou organisme du participant / organisme à facturer

Formation prise en charge par l'entreprise

(préciser le libellé exact de facturation)

Dénomination sociale :

Adresse :

.....

Tél. : e mail :

Responsable formation :

Formation prise en charge par un organisme payeur

(joindre impérativement le contrat de prise en charge)

Nom de l'organisme :

Adresse :

.....

Tél. : e mail :

Nom / Prénom / Fonction du signataire

*déclare avoir pris connaissance des conditions
générales de vente*

Date

Signature

Cachet de l'entreprise

*Toute inscription quelle que soit le moyen utilisé (envoi de bulletin d'inscription, par e mail...) vaut acceptation sans réserve
des conditions générales de vente consultables dans ce catalogue ou sur notre site internet www.cefira.com*