

## 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](http://www.cefira.com)*