Fiche de pré-inscription

Valant inscription définitive après acceptation du dossier du candidat

FORMATION

Titre du séminaire choisi : Les nouveaux défis de la santé au travail, une dynamique au service de la prévention

Date(s) : ..... Session : ..... Code : 11IPS19 ..... Prix : 7.990 €

Comment avez-vous connu cette formation ? ☐ DRH ☐ Web ☐ Courrier ☐ Presse ☐ Autre : .....

ENTREPRISE OU ORGANISME DU PARTICIPANT

N° de Siret (à remplir impérativement) : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_| ☐ Privé ☐ Public ☐ Associatif

N° TVA intracommunautaire : .....

Raison sociale : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : ..... Téléphone : .....

Site Internet : http:// ..... Fax : .....

Code APE/NAF : |_|_|_|_|_| Effectif de l'établissement : .....

ETABLISSEMENT À FACTURER (si différent) : Raison sociale : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

PARTICIPANT

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M. Nom : ..... Prénom : .....

Adresse de convocation (si différente de l'établissement) : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : ..... Téléphone : .....

E-mail (obligatoire) : ..... Fax : .....

Fonction : ..... Service : .....

RESPONSABLE FORMATION

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M. Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : ..... Service : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : ..... Téléphone : .....

E-mail : ..... Fax : .....

PERSONNE CHARGEE DE LA GESTION ADMINISTRATIVE DE L'INSCRIPTION (si différente) :

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M. Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : ..... Service : .....

E-mail: ..... Téléphone : .....

CACHET DE L'ENTREPRISE

SIGNATURE

Nom : .....

Prénom : .....

Fonction : .....

Date : .....

Signature

CENTRALE PARIS