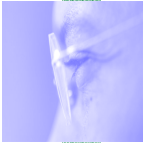
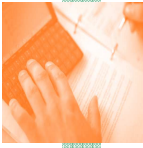


Nom de la formation:

Dates de la session:



Demande d'inscription à retourner
Par fax au 04 67 98 36 85 - Par mail : alourdou@optisconseil.com

Participant(s):

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	STATUT

(1) statuts: Salarié, dirigeant salarié, dirigeant non salarié.

Les conventions de formation seront établies au nom de:

Entreprise:

Représentée par (nom et prénom):

Fonction:

Adresse:

Code postal: **Ville:**

Tel: **Fax:**

Email:

Adresse de facturation (si différente)

Adresse:

Code postal: **Ville:**

<p><u>Signature et cachet de l'entreprise</u></p> <p>Nom du signataire:</p>

Date:

L'inscription aux formations suppose l'acceptation des conditions de vente et le respect des conditions d'inscription aux sessions de formation Optis-Conseils. Optis-Conseils, centre de formation agréé. Une convention de formation finalisera l'inscription