

## ENTREPRISE / LABORATOIRE / HÔPITAL

<b>COORDONNÉES</b>	Raison sociale			
	Adresse			
	Code postal	Ville/Pays		
	Effectif établissement	<input type="checkbox"/> < 10 <input type="checkbox"/> de 100 à 500	<input type="checkbox"/> de 10 à 50 <input type="checkbox"/> de 500 à 1 000	<input type="checkbox"/> de 50 à 100 <input type="checkbox"/> > 1 000
	SIRET	APE		
<b>RESPONSABLE INSCRIPTION</b>	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. Nom	Prénom		
	Fonction	Service		
	Adresse (si différente)			
	Code postal	Ville/Pays		
	Téléphone portable	Téléphone fixe		
<b>Email</b>				
<b>FACTURATION</b>	<input type="checkbox"/> ENTREPRISE (Plan de formation)		<input type="checkbox"/> INDIVIDUEL	
	<input type="checkbox"/> ORGANISME TIERS PAYEUR (Attestation de prise en charge à adresser impérativement avant le 1er jour de formation)			
	Adresse (si différente)			
Code postal		Ville/Pays		

## INSCRIPTIONS STAGIAIRES

Référence Stage	Dates - Modalités	Informations stagiaire			
.....	Date	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. Nom	Prénom		
	Du __/__/----	Nom de naissance (si différent)		Date de naissance __/__/----	
	Au __/__/----	Fonction	<input type="checkbox"/> Secrétaire <input type="checkbox"/> Biologiste	<input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Cadre
	<input type="checkbox"/> Présentiel <input type="checkbox"/> Distanciel	<b>Email</b>			
	Téléphone portable		N° RPPS :		
Référence Stage	Dates - Modalités	Informations stagiaire			
.....	Date	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. Nom	Prénom		
	Du __/__/----	Nom de naissance (si différent)		Date de naissance __/__/----	
	Au __/__/----	Fonction	<input type="checkbox"/> Secrétaire <input type="checkbox"/> Biologiste	<input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Cadre
	<input type="checkbox"/> Présentiel <input type="checkbox"/> Distanciel	<b>Email</b>			
	Téléphone portable		N° RPPS :		