

## ENTREPRISE / LABORATOIRE / HÔPITAL

<b>COORDONNÉES</b>	Raison sociale				
	Adresse				
	Code postal	Ville/Pays			
	Effectif établissement	<input type="checkbox"/> < 10	<input type="checkbox"/> de 10 à 50	<input type="checkbox"/> de 50 à 100	
		<input type="checkbox"/> de 100 à 500	<input type="checkbox"/> de 500 à 1 000	<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"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Cadre
			<input type="checkbox"/> Biologiste	<input type="checkbox"/> Autre .....	
	<input type="checkbox"/> Présentiel	<b>Email</b>			
	<input type="checkbox"/> Distanciel	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"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Cadre
			<input type="checkbox"/> Biologiste	<input type="checkbox"/> Autre .....	
	<input type="checkbox"/> Présentiel	<b>Email</b>			
	<input type="checkbox"/> Distanciel	Téléphone portable	N° RPPS :		