

ENTREPRISE / LABORATOIRE / HÔPITAL

COORDONNÉES	Raison sociale			
	Adresse			
	Code postal		Ville/Pays	
	Effectif établissement	☐ < 10 ☐ de 100 à 500	☐ de 10 à 50 ☐ de 500 à 1 000	☐ de 50 à 100 ☐ > 1 000
	SIRET		APE	
RESPONSABLE INSCRIPTION	☐ Mme ☐ M. Nom		Prénom	
	Fonction		Service	
	Adresse (si différente)			
	Code postal		Ville/Pays	
	Téléphone portable		Téléphone fixe	
	Email			
FACTURATION	☐ ENTREPRISE (Plan de formation)		☐ INDIVIDUEL	
	☐ 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	☐ Mme ☐ M. Nom		Prénom	
	Du __/__/----	Nom de naissance (si différent)		Date de naissance __/__/----	
	Au __/__/----	Fonction	☐ Secrétaire ☐ Biologiste	☐ Technicien ☐ Autre	☐ Cadre
	☐ Présentiel ☐ Distanciel	Email			
		Téléphone portable		N° RPPS :	
Référence Stage	Dates - Modalités	Informations stagiaire			
.....	Date	☐ Mme ☐ M. Nom		Prénom	
	Du __/__/----	Nom de naissance (si différent)		Date de naissance __/__/----	
	Au __/__/----	Fonction	☐ Secrétaire ☐ Biologiste	☐ Technicien ☐ Autre	☐ Cadre
	☐ Présentiel ☐ Distanciel	Email			
		Téléphone portable		N° RPPS :	