

MERCI DE COMPLÉTER ENTIÈREMENT CE BULLETIN D'INSCRIPTION

Le stagiaire

Nom* : _____ Prénom* : _____

Fonction* : _____

E-mail* : _____

Téléphone* : _____ N° de Sécurité sociale* : _____

L'organisme

Nom* : _____

Adresse* : _____

Code Postal* : _____ Ville* : _____

Téléphone* : _____

Responsable formation* : _____

E-mail* : _____

*Tous les champs sont obligatoires

**Coût par participant : 10 070 € pour les 37 jours de formation et l'examen
Hors hébergement et repas du soir – repas de midi offert**

La facture doit être libellée : Au nom de l'organisme
 Au nom d'un Tiers Payant*, lequel :
* dans ce cas, il est indispensable de nous adresser au préalable
un contrat de prestation de service signé

Fait à : _____ Le : _____

Cachet de l'Organisme

Signature :

N.B. : La participation aux stages est réservée aux membres de l'Association Afpols. La cotisation est facturée avec le 1er stage de l'année. (Réglementation des associations loi 1901).

Bulletin à retourner à
AFPOLs – 9 boulevard des Italiens – 75002 PARIS – Tél : 06.92.22.97.85
certification.emis@afpols.fr