

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 ces champs sont obligatoires.

Coût par participant : 5 000 € pour les 24 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).