

MERCI DE COMPLÉTER ENTIÈREMENT CE BULLETIN D'INSCRIPTION

Le stagiaire

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

L'organisme

Nom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Responsable formation : _____

E-mail : _____

**Coût par participant : 6 500 € pour les 40 jours de formation et l'examen
Hors hébergement et repas du soir – repas de midi inclus**

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 : 01.41.83.23.92
certification.emis@afpols.fr