



Bulletin d'inscription

A retourner à : Carrel Centre de Formation
Service Formation Continue
7, rue Pierre Robin
69007 Lyon

Numéro de déclaration d'activité : 82 69 06 463 69

Merci de nous fournir l'ensemble de ces informations indispensables à l'établissement d'une convention de formation professionnelle continue qui confirmera votre inscription.

STAGE

Libellé

Dates

PARTICIPANT

Mlle Mme Mr

Nom Prénom

Fonction e-mail

Adresse

Code Postal Ville Tél.port.

ENTREPRISE / ORGANISME

Raison sociale

N° de Siret Code APE

Responsable formation ou responsable de l'inscription

Mlle Mme Mr

Nom Prénom

Fonction e-mail

Adresse

Code Postal Ville Effectif de l'établissement

Téléphone Fax

FACTURATION

Personne, Etablissement ou Organisme à facturer, si différent

Adresse de facturation si différente

Ce stage sera pris en charge par un organisme collecteur non oui à préciser _____
Statut du payeur PUBLIC PRIVÉ PARAPUBLIC

Fait à
Le

Signature et cachet