



BULLETIN D'INSCRIPTION

Valant Demande de Gestion d'Action AGEFOS PME Régions Centre et Pays de la Loire (Selon les conditions de gestion notées au verso)

A retourner au CEECCARA - 14, allée du Haras - BP 41845 - 49018 ANGERS CEDEX 01
Tél. : 02 41 25 35 43 - Fax : 02 41 25 35 46 - Numéro de déclaration d'existence : 524 900 50 849

Cabinet ou Société : Effectif : + 10 - 10
SIRET (obligatoire) :
Adresse :
Tél. : Fax :
Nom du Responsable Formation :
E-mail :

INSCRIPTION(S) - UN bulletin par séminaire

Thème Formation :
Date de début : Date de fin :
Lieu : Durée (heures) :

NOM / PRÉNOM <i>Adresse mail obligatoire</i>	H/F	CSP (1)	Date de naissance	EC COLL	Coût pédagogique (Montant HT/Pers.)	Catégorie Actions (2)	DIF (3)
Mail :							
Mail :							
Mail :							
Mail :							

- (1) CSP : 1- ouvriers non qualifiés / 2- ouvriers qualifiés
3- employés / 4- techniciens, agents de maîtrise
5- ingénieurs et cadres / 6-dirigeants salariés / 7- dirigeants non salariés
(2) Catégorie d'actions :
1- adaptation au poste de travail
2- évolution de l'emploi ou maintien du salarié dans l'emploi
(3) Indiquer le nombre d'heures DIF

TOTAL HT
TVA
TOTAL TTC

Le présent signataire a pris connaissance et accepte les conditions générales de gestion figurant au verso du présent document.

A, le
Signature

Cachet de l'entreprise

<input type="checkbox"/> Formation acquittée par le cabinet <i>Contactez votre OPCA pour connaître les possibilités de remboursement partiel ou total des frais de formation engagés</i>	Règlement obligatoire à joindre au bulletin d'inscription par chèque à l'ordre du CEECCARA Votre OPCA : <input type="checkbox"/> AGEFOS PME PAYS DE LOIRE <input type="checkbox"/> AGEFOS PME CENTRE <input type="checkbox"/> FIF-PL
<input type="checkbox"/> Formation acquittée par un OPCA	Nom de l'organisme payeur Adresse..... Contact : Tél. :

Facture et attestation de présence sont délivrées à l'issue de la formation.

