



BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner par mail :

AD FORMATION

03 27.91.65.04 -

Email : contact@ad-form.fr

ENTREPRISE

M.		Fonction
Raison Sociale		
Adresse		
Code Postal		Ville
Tél.	Fax	N° TVA intra communautaire

Confirme l'inscription auprès ACI Formation

STAGE

Intitulé du stage	Prix Net		
Lieu de formation	Date(s) du stage		

Pour les participants suivants :

1. M./Mme/Mlle	Fonction ou Emploi
2. M./Mme/Mlle	Fonction ou Emploi
3. M./Mme/Mlle	Fonction ou Emploi
4. M./Mme/Mlle	Fonction ou Emploi
5. M./Mme/Mlle	Fonction ou Emploi
6. M./Mme/Mlle	Fonction ou Emploi
7. M./Mme/Mlle	Fonction ou Emploi
8. M./Mme/Mlle	Fonction ou Emploi
9. M./Mme/Mlle	Fonction ou Emploi
10 M./Mme/Mlle	Fonction ou Emploi
11 M./Mme/Mlle	Fonction ou Emploi
12 M./Mme/Mlle	Fonction ou Emploi

Nom du Responsable Formation et adresse de facturation (si différente de ci-dessus):

Eventuellement, nom et adresse de l'O.P.C.A. susceptible de prendre en charge le coût de la formation :

--

Fait à

--

 Le

--

Signature

Cachet de l'entreprise

--