

BULLETIN D'INSCRIPTION

Bulletin d'inscription à expédier par courrier à H-CARE Développement

Les Petites Chaussées
14112 BIEVILLE BEUVILLE

Formation choisie :

Dates retenues :

Vos attentes particulières :

1. Renseignements concernant le (la) stagiaire

Mlle Mme Mr

Nom et Prénom.....

Date de naissance

Niveau d'étude

Poste occupé

2. Renseignements concernant l'établissement

Nom de l'établissement

Adresse

CP / Ville

Tél

Fax

N° SIRET

Code APE / NAF

Activité

Caractéristiques des usagers accueillis.....

Nombre de salariés

Responsable de formation

Contact responsable de formation

3. Facturation

La facture devra être établie :

Au nom de l'établissement

A mon nom

Au nom de l'organisme payeur (*)

(*) Nom de l'organisme payeur

(*) Adresse de l'organisme payeur

Nota : assurez-vous de la prise en charge par l'organisme choisi ainsi que la disponibilité des fonds ; veillez également à ce que toutes les informations concernant cette inscription lui aient été données.

A, le

Signature et cachet

Nous vous remercions d'avoir rempli ce bulletin d'inscription.

Vous recevrez une convocation confirmant le lieu, la date et l'heure 10 jours avant le démarrage de la formation.