

FICHE D'INSCRIPTION

Raison sociale ou Nom de l'établissement :

.....

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

Courriel :

Intitulé de la formation	Nom et Prénom des participants	Fonctions	Date(s)	Coût
TOTAL				

Fait à :

Signature et Cachet

Le :

de l'employeur :

Nom Prénom :

Fonction :

Centre de Formation ASSAD - 10 Bd Laromiguière - 12000 RODEZ

Tél : 05.65.68.33.66 - Fax : 05.65.68.15.32

Numéro d'enregistrement en qualité d'organisme de formation professionnelle : 73.12.00190.12