

À renvoyer par mail : formation@qualisan972.fr

1

FORMATION

Intitulé de la formation :

Date : Lieu :

2

ORGANISME/ÉTABLISSEMENT

Nom :

Adresse postale :

Complément :

CP : Ville :

N° FINESS entité juridique : N° FINESS entité géographique :

Statut :

Secteur d'activité :

3

PERSONNE RÉFÉRENTE

Nom : Prénom :

Fonction : Service :

Tél : Mail :

Le règlement est effectué par un organisme collecteur ? oui non

(À remplir impérativement si la facture doit être libellée au nom d'un organisme collecteur)

Nom de l'organisme :

Adresse :

Personne à contacter :

Tél : Mail :

4

STAGIAIRE

Nom	Prénom	Fonction	Mail

4

STAGIAIRE

Nécessité d'un aménagement spécifique lié à un handicap ? oui non

Fait à :

Le : / /

**Cachet et signature de l'organisme/établissement
(nom, prénom, qualité du signataire)**