

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nous vous remercions de bien vouloir compléter l'ensemble des rubriques ci-dessous et de retourner ce formulaire par fax ou par courrier à votre centre M2i Formation



→ VOS COORDONNÉES :

Madame Mademoiselle Monsieur

Prénom :	Nom :
Fonction :	E-mail :
Contact en charge du dossier :	
Fonction :	E-mail :
Société :	Numéro SIRET :
Adresse :	
CP :	Ville :
Tél Standard :	Fax :

→ LA FORMATION :

Code du stage : _____

Intitulé du stage : _____

Session du _____ au _____

Nom, prénom, plateforme de travail (MacIntosh ou Windows) et mail du ou des stagiaires :

1. Prénom :	Nom :	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	Mail :
2. Prénom :	Nom :	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	Mail :
3. Prénom :	Nom :	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	Mail :
4. Prénom :	Nom :	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	Mail :
5. Prénom :	Nom :	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	Mail :
6. Prénom :	Nom :	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	Mail :
7. Prénom :	Nom :	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	Mail :
8. Prénom :	Nom :	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	Mail :

Prix H.T de la formation : _____ €

Nombre de participants : _____

Prix TOTAL H.T de la formation : _____ €

→ LA FACTURATION EST ADRESSÉE À :

L'organisme collecteur (AFDAS, MEDIFOR, FAFIEC, AGEFOS PME, OPCALIA...)

Nom de l'organisme : _____

Adresse de l'organisme : _____

N° d'adhérent : _____ N° de dossier : _____

La société ou le stagiaire

Adresse de facturation si différente : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél Standard : _____ Fax : _____

Une commande est validée lors de la signature de la convention.

Date : ____ / ____ / 2009

Cachet de la société ou signature du stagiaire

M2i Formation :

Paris : 6/10 boulevard Jourdan - 75014 Paris - Fax : 01 45 80 93 13

Marseille : 20 la Canebière - 13001 Marseille - Fax : 0491 55 02 32

Lille : Synergie Park - 1, rue Louis de Broglie 59260 Lezennes - Fax : 03 28 32 35 70