

**BULLETIN D'INSCRIPTION
PROGRAMME FORMATION APSALC**



Votre structure

☒ **Responsable de la structure :**

Nom : _____ Prénom : _____

Qualité de la personne (*président, directeur, secrétaire, ...*) : _____

Courriel (*pour les échanges et recevoir la confirmation, la convention de formation*) _____

☒ **Dénomination sociale de la structure :**

Nombre de salariés : _____ Code NAF : _____

N° SIRET (indispensable) : _____

Êtes-vous soumis à la TVA ? OUI · / NON ·

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Fax : _____

Participant(e) à la formation

☒ **Nom :** _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

Tél. (*mobile si possible pour contacter le stagiaire en cas de nécessité*) : _____

Courriel (*pour les échanges, recevoir la confirmation et des informations sur la formation*) _____

_____ @ _____

☒ **S'inscrit à la formation :**

Lieu : _____ Dates : _____ Dans le cadre du DIF :

OUI · / NON ·

Organisme de prise en charge

☒ Organisme à facturer, si différent de la structure :

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Fax : _____

Merci de retourner cette fiche à APSALC - 15 rue des Rétisseys - 21240 TALANT
Ou par courriel : coralie.giboulot@apsalc.org / tania.mathy@apsalc.org /