

GESTION INTÉGRÉE DANS LA FPE



PROGRAMME DE LA FORMATION

OBJECTIFS

LES PLUS DE CETTE FORMATION

VOUS ÊTES

Niveau de connaissances préalables requis :

Aucun

Participant(e) 1

☐ Mme ☐ M.
Nom.....
Prénom
Fonction
E-mail (obligatoire pour accéder à vos documents personnalisés, avant et après votre formation)
Tél. (ligne directe)
Formation choisie
Titre
Référence
Dates et lieu

Participant(e) 2

☐ Mme ☐ M.
Nom.....
Prénom
Fonction
E-mail (obligatoire pour accéder à vos documents personnalisés, avant et après votre formation)
Tél. (ligne directe)
Formation choisie
Titre
Référence
Dates et lieu

Entreprise/Établissement

Raison sociale.....
Adresse.....
Code postal Ville
Téléphone Fax
N° d'identification (TVA intracommunautaire)
Code APE/NAF N° Siret

Responsable formation

☐ Mme ☐ M.
Nom.....
Prénom
Service.....
Tél. (ligne directe)
E-mail

Signataire de l'inscription

☐ Mme ☐ M.
Nom.....
Prénom
Service.....
Tél. (ligne directe)
E-mail

Dossier

Dossier à adresser à :

☐ Mme ☐ M.
Nom.....
Prénom
Service/Fonction
Tél. (ligne directe)
E-mail

Facture à adresser à :

☐ À l'Entreprise / Établissement (préciser le service et l'adresse si différente)
.....
.....
.....
Si bon de commande, merci de le joindre impérativement à l'inscription
☐ À l'OPCA (préciser l'adresse)
.....
.....
.....

DIF (Fonction publique : État - Territoriale - Hospitalière)

☐ DIF : Répartition des heures de formation
☐ heures DIF sur le temps de travail
☐ heures DIF hors temps de travail
☐ heures sur le plan de formation

Libellé de convention :

Si différent de l'adresse Entreprise / Établissement :
.....
.....
.....

Fait à : Le :
Signature et cachet de l'Entreprise / l'Établissement :

La signature de ce bulletin d'inscription vaut acceptation des conditions générales de vente précisées sur www.gereso.com/cgv/