



PROGRAMME DE LA FORMATION

OBJECTIFS

Votre contact : **Marie-Laure VOUILLE** - Tél. 02 43 23 09 09 - Fax 02 43 23 77 07
 formation@gereso.fr - www.gereso.com
 GERESO SAS - 28 rue Xavier Bichat - 72018 LE MANS Cedex 2

Participant 1

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M.

NOM

Prénom

Fonction

E-mail

Tél. :

Formation choisie

Titre :

Référence :

Dates :

Participant 2

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M.

NOM

Prénom

Fonction

E-mail

Tél. :

Formation choisie

Titre :

Référence :

Dates :

Entreprise

Raison sociale

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Fax

N° d'identification (TVA intracommunautaire)

Code APE/NAF N° Siret

Responsable formation

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M.

NOM

Prénom

Service

Tél. (ligne directe) E-mail

Dossier

DOSSIER À ADRESSER

☐ Au responsable formation ☐ Au signataire de l'inscription

FACTURE À ADRESSER

☐ A l'Entreprise (Préciser le service et l'adresse si différente)

.....

.....

.....

.....

.....

☐ Un bon de commande va suivre : ☐ oui ☐ non

☐ A l'OPCA (Préciser l'adresse)

.....

.....

.....

DIF

☐ **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 différente de l'adresse Entreprise)

.....

.....

.....

.....

.....

Signataire de l'inscription

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M.

NOM

Prénom

Service

Tél. (ligne directe)

E-mail

Fait à : Le :
 Signature et cachet de l'entreprise :

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