

FORMATION

Intitulé de la formation :

Date(s) : Lieu :

Tarif : Euros net de taxe

PARTICIPANT

☐ Mme. ☐ M. Nom : Prénom :

Date de naissance :

Fonction :

Tel. :

Mail :

Adresse :

CP / Commune :

ENTREPRISE / COMMANDITAIRE

Raison sociale :

SIRET :

Nom / Prénom du commanditaire :

Tel. :

Mail :

Adresse :

CP / Commune :

Fonctionnement par bon de commande ☐ oui ☐ non - à fournir au minimum 1 jour avant le début de formation.

FACTURATION

☐ VIVEA

☐ Catalogue OCAPIAT

J'accepte que le CFPPA du Haut-Rhin inscrive mon salarié sur le site d'OCAPIAT ☐ oui ☐ non - nous fournir le numéro de sécurité sociale de celui-ci sans la clé :

☐ Entreprise

Référence à rappeler sur la facture, le cas échéant :

Dépôt sur CHORUS ☐ oui ☐ non - nous fournir les numéros de marché et de commande.

Accord de prise en charge / subrogation ☐ oui ☐ non - à fournir 5 jours avant le début de formation.

Si oui, l'entreprise s'engage à faire la demande de prise en charge / subrogation auprès de son OPCO.

En signant ce document, vous déclarez avoir lu et accepté les Conditions Générales de Vente et le règlement intérieur, disponibles sur le site internet du CFPPA : www.cfppa-alsace.fr

Date, signature et cachet de l'entreprise