

FICHE D'INSCRIPTION

FILIERE

Formation

FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES

FORMATION:.....
.....

DATES :.....

ADRESSE COMPLETE DU LIEU DE LA FORMATION (SI CONNUE) :

.....

Votre entreprise est-elle déjà cliente? OUI NON

Si vous êtes nouveau client, vous avez connu le CRFP Croix-Rouge par:

Site Internet Catalogue de formation Bouche à oreille Autre :

RENSEIGNEMENTS ENTREPRISE OU PARTICULIER (à renseigner impérativement) :

Raison Sociale ou Nom:

Adresse:

Code Postal : Ville :

Mail :

N° SIRET: Personne à contacter :

Téléphone : Fax :

Nom de la personne qui doit figurer en signataire sur la convention :

MODALITES DE PAIEMENT :

Financement individuel à titre personnel Financement employeur Financement OPCA

Adresse de facturation(si différente)

Raison Sociale :

Adresse:

Code Postal : Ville :

Secteur d'activité

- Commerce
- Industrie
- Service
- Autre (préciser)

Effectifs de l'entreprise

- 0-9 salariés
- 10-49 salariés
- 50-199 salariés
- 200 et plus

.....

