

# BULLETIN D'INSCRIPTION

**AFOMETRA 10, rue de la Rosière - 75015 Paris**

***info@afometra.org***

## *ENTREPRISE ou SERVICE*

RAISON SOCIALE .....

ADRESSE .....

..... TÉL. \* .....

SIRET \* .....

## *CORRESPONDANT FORMATION*

MME  M. FONCTION \* .....

NOM \* ..... PRÉNOM \* .....

TÉL. \* ..... MAIL \* .....

## *FINANCEUR*

RAISON SOCIALE ET ADRESSE DE FACTURATION (SI DIFFÉRENT DE CI-DESSUS) :

.....

.....

## *STAGE SOUHAITÉ*

INTITULÉ .....

DATE .....

## *PARTICIPANT*

DR  MME  M. FONCTION \* .....

NOM \* .....

PRÉNOM \* .....

MAIL \* .....

J'atteste que le participant répond aux conditions d'éligibilité (fonction et connaissances requises) de cette formation.

## **CONDITIONS GÉNÉRALES (au verso)**

*Les inscriptions sont retenues par ordre d'arrivée, dans la limite des places disponibles puis éventuellement placées dans une liste d'attente.*

\* Obligatoire