LA FORMATION

Intitulé : MANAGER DE LA TRANSITION ALIMENTAIRE Mars 2021

LE STAGIAIRE

Nom et prénom du participant :
Téléphone (direct) :

Fonction **E-mail**

Participera à la formation indiquée ci-dessus.

L'ENTREPRISE

Raison sociale :
Adresse :

CP : Ville :

N° SIRET : Code APE :

Contact Formation : ……………………………………………………………………………………………………….

REGLEMENT

¨ par l'entreprise ¨ par un organisme gestionnaire ¨ par le stagiaire
 *(préciser le nom et les coordonnées)*

Montant de l'inscription : .......... Euros H.T. Euros TTC

Fait à le……………………….

Cachet et Signature