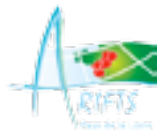


Bulletin d'inscription



ARIFTS
Service Formation Continue
10 rue Marion Cahour 44400 REZE
formationcontinue@arifts.fr

N° d'Organisme de Formation
52 49 02 547 49

N°Siret
509 618 500 000 11

INTITULE DU STAGE CHOISI : _____

Date(s) : _____

NOM - PRÉNOM :

Fonction :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

Courriel :

Téléphone : Portable :

Employeur :

Adresse :

Code postal : Ville :

Courriel :

Téléphone : Fax :

Structure :

Adresse :

Code postal : Ville :

Courriel :

Téléphone : Fax :

Facturation (si différente de l'adresse de l'employeur) :

Adresse :

Code postal : Ville :

Courriel :

Téléphone : Fax :

A : le :

Signature :



CONDITIONS D'INSCRIPTION : Au titre de règlement d'inscription, un acompte de 75 euros vous est demandé. Un mois avant l'ouverture de la formation, vous recevrez une convocation.