

QUESTIONNAIRE PARTICIPANT - FORMATION INTER

À retourner **impérativement** avec votre commande par email auprès de votre chargé de projet ou sur contact@feecs.fr.

* Informations obligatoires au traitement du dossier.

NOM DU STAGE * :
Dates :

PARTICIPANT 1 * :
Nom : Prénom :
Fonction :
A ce poste depuis : Diplôme le plus élevé :

PARTICIPANT 2 * :
Nom : Prénom :
Fonction :
A ce poste depuis : Diplôme le plus élevé :

ENTREPRISE *
Raison sociale:
Adresse :
CP : Ville :

Signataire de la convention * : Fonction :
Nom: Prénom :
Tél : Email :

Personne en charge de ce dossier * : Fonction :
Nom : Prénom :
Tel : Email :

REGLEMENT / PRISE EN CHARGE * (n'oubliez pas de faire votre demande au moment de la commande):
Prix : euros HT
Facture à adresser à : l'entreprise l'organisme financeur
Nom de l'organisme :
Adresse : CP :
Ville : Tél : Contact :
Email :
Nom et adresse e-mail de la personne à contacter