

Action de formation

Intitulé de formation :

Date (s) : Tarif : € Net

Stagiaire

Prénom NOM : H F

Fonction actuelle : Entreprise :

Adresse (*professionnelle si financement par l'employeur ou personnelle si financement propre*) :
.....
.....

Téléphone : Mail :

Financement

A savoir si prise en charge par un **OPCA** : notre organisme de formation est « référençable » sur **DATADOCK**

Financement personnel Autre mode de financement :

Financement par l'employeur (merci de compléter la partie ci-dessous) :

Nom de la personne à contacter : Fonction :

Téléphone : Mail :

Adresse de facturation :
.....

N° SIRET :

A, le

Signature du stagiaire

Signature du chef d'entreprise (ou son représentant) + cachet

Le signataire certifie que le ou les stagiaires sont salariés de l'entreprise lors de la réalisation de l'action de formation.



Merci de nous retourner ce document par mail à contact@decllicconseil.fr ou par voie postale à DECLIC CONSEIL 9 rue des Charmilles 35510 Cesson-Sévigné

www.decllicconseil.fr

« Découvrir et développer le potentiel humain »

Centre d'affaires Etic Center, 9 rue des Charmilles 35510 Cesson Sévigné
N° SIRET : 801 764 366 00010 - N° déclarant organisme de formation : 53 35 09508 35

contact@decllicconseil.fr 02.90.22.84.22