Formations

Déclaration d'activité enregistrée sous le N° 52 85 01946 85 auprès du préfet de région de Pays de la Loire.

BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner pour validation à : **formation@winncare.fr**

ENTREPRISE

Raison sociale : .....

N° de SIRET : | | | | | | | | | | | | | | Code APE/NAF : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

E-mail : ..... Téléphone: .....

PARTICIPANTS

◯ Mlle ◯ Mme ◉ Mr Prénom : ..... Nom : .....

Fonction : .....

E-mail pour envoi de la convocation : .....

◯ Mlle ◯ Mme ◉ Mr Prénom : ..... Nom : .....

Fonction : .....

E-mail pour envoi de la convocation : .....

◯ Mlle ◯ Mme ◉ Mr Prénom : ..... Nom : .....

Fonction : .....

E-mail pour envoi de la convocation : .....

FORMATION

Mode d'organisation :

Libellé :

Uniquement pour formation en présentiel

Date session : ..... *Lieu :* .....

FINANCEMENT

◉ **Mon entreprise**

◯ **OPCA** .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Date : .....

Nom, prénom du signataire :

.....

Fonction :

.....

Une confirmation de votre inscription et une convention de formation vous seront transmises à réception de ce bulletin.

Visa et cachet de l'entreprise