



# Bulletin d'inscription

A photocopier ou à scanner et à renvoyer directement à votre contact commercial :  
OXYBEL.A : [arv971@orange.fr](mailto:arv971@orange.fr) / ZAC de damencourt 97160 Le MOULE / TEL/FAX : 0590 24 16 61

## INSCRIPTION

1ère inscription / Titre de la formation métier certifiante

Dates \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_ Code \_\_\_\_\_  
O Mme O M. Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Fonction \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ E-mail (obligatoire) \_\_\_\_\_

2ème inscription / Titre de la formation

Dates \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_ Code \_\_\_\_\_  
O Mme O M. Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Fonction \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ E-mail (obligatoire) \_\_\_\_\_

3ème inscription / Titre de la formation

Dates \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_ Code \_\_\_\_\_  
O Mme O M. Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Fonction \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ E-mail (obligatoire) \_\_\_\_\_

4ème inscription / Titre de la formation

Dates \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_ Code \_\_\_\_\_  
O Mme O M. Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Fonction \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ E-mail (obligatoire) \_\_\_\_\_

Cette formation est-elle financée dans le cadre de votre CPF ? O Oui O Non \_\_\_\_\_

Titre du parcours thématique ou de la formation diplômante

Dates \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_ Code \_\_\_\_\_  
O Mme O M. Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Fonction \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ E-mail (obligatoire) \_\_\_\_\_

## ENTREPRISE / ORGANISME

Raison

sociale \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
CP / Ville \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_  
N°SIRET \_\_\_\_\_ Code NAF \_\_\_\_\_ N° identifiant TVA \_\_\_\_\_

**Si le participant n'est pas en charge de son inscription, merci de remplir les champs suivants :**

Nom/Prénom du chargé(e)d'inscription \_\_\_\_\_ Service \_\_\_\_\_ Fonction \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ CP/ Ville \_\_\_\_\_  
Tél \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail (obligatoire) \_\_\_\_\_  
Nom / Prénom du responsable de formation \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ CP/ Ville \_\_\_\_\_  
Tél \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail (obligatoire) \_\_\_\_\_

**Adresse de facturation ( si différente ou prise en charge par un organisme collecteur).** Cette adresse n'apparaîtra pas sur la convention de formation.

Nom de l'organisme \_\_\_\_\_ Dossier suivi par \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
CP / Ville \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
E-mail (obligatoire) \_\_\_\_\_ N°SIRET \_\_\_\_\_

En signant ce bulletin, je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente  
détaillées et les accepte sans réserve

Cachet de la société

Nom \_\_\_\_\_  
Fonction \_\_\_\_\_

Date et signature