



BULLETIN D'INSCRIPTION

À retourner impérativement pour valider la participation à la formation

LE STAGE

INTITULÉ DU STAGE : « **MACSST** »
DATE : **11 MARS 2014**

LE STAGIAIRE

Formation dans
le cadre du DIF
OUI
NON

Madame Mademoiselle Monsieur
NOM PRENOM
FONCTION
DATE DE NAISSANCE ____ / ____ / ____
E-MAIL.....
N° de Sécurité Sociale :

L'EMPLOYEUR

NOM DE L'ENTREPRISE
ADRESSE
Nom du médecin du travail :
.....
N° SIRET
EFFECTIF CODE NAF
TELEPHONE FAX
E-MAIL

BULLETIN ETABLI PAR
FONCTION

FACTURATION

A VOUS ADRESSER DIRECTEMENT – A l'attention de :

A FACTURER AU NOM DE L'ETABLISSEMENT PAYEUR (OPCA) – Merci de préciser nom,
adresse et correspondant :

Fait à le
SIGNATURE ET CACHET DE L'EMPLOYEUR

*Toute annulation
intervenant dans un délai
de moins de 48h avant le
début de la formation
entraînera la facturation
d'un montant de 100% du
prix du stage*