



ETABLISSEMENT

.....

GESTIONNAIRE/EMPLOYEUR/COLECTIVITÉ :

.....

INTERLOCUTEUR:

.....

ADRESSE :

.....

TEL :

E-MAIL :

Sollicite l'organisme AKILISSO Formations pour l'inscription de

PROFESSIONNEL

.....

NOM :

.....

PRENOM :

.....

FONCTION :

.....

E-MAIL:

Concernant la formation (Inscrire l'intitulé de la formation)

.....

.....

Afin de valider la demande d'inscription

vous devez remplir le présent bulletin d'inscription et le transmettre :

- par voie électronique à sandra.loddo@akilisso.com
- par voie postale à Akilisso Formations 19, rue des prés 54230 Chavigny.

Vous recevrez en retour notre convention de formation en double exemplaire.

Un devis nominatif peut vous être envoyé sur simple demande.
La facture vous sera adressée à l'issue de la formation.

L'inscription sera validée uniquement à la réception de la convention de formation signée entre l'établissement employeur et l'organisme Akilisso Formations.

Fait à

Le

Pour l'établissement

(Nom - Signature - Cachet)

