

ASSOCIATION APPORT SANTE

Déclaration d'activité : 93 13 10 923 13

FORMATION SOUHAITEE : _____

DATES SOUHAITEES : _____ LIEU : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE STAGIAIRE : M. Mme

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse personnelle : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél : _____ Mail : _____

Statut professionnel : Salarié Demandeur d'emploi Autre (préciser) : _____

Profession : _____

INSCRIPTION PAR L'ENTREPRISE :

Nom de l'Entreprise : _____

Adresse : _____

N°SIRET : _____ Nom du Responsable : _____

CONTACT POUR LES ECHANGES LIES A LA FORMATION :

Nom/ Prénom : _____ Profession : _____

Tél : _____ Mail : _____

MODE DE FINANCEMENT DE LA FORMATION :

DPC FIF-PL OPCO (préciser lequel) : _____

Fonds propres Autre (préciser) : _____

Votre inscription sera effective après réception de la fiche d'inscription complétée et du versement d'un acompte d'un montant de 500€ (par virement ou par chèque à l'ordre d'Apport Santé).

VERSEMENT DE L'ACOMPTE PAR: CHEQUE VIREMENT

Fiche + chèque d'acompte à retourner à :
APPORT SANTE- Pôle formation
350, Avenue J.R. Guilibert Gauthier de la Lauzière
13 290 AIX EN PROVENCE

Ou par mail : formation@apport-sante.org

LIBELLE VIREMENT : ACOMPTE FORMATION ETP

IBAN

BIC

Code banque	Code agence	Numéro de compte	Clé RIB	Agence de domiciliation
RIB 30004	00601	00010153488	21	AIX VAL DURANCE (00601)

Le : _____

A : _____

Signature et/ou tampon Etablissement :

Nos formations sont ouvertes aux personnes en situation de handicap.
Merci de prendre contact avec notre référent handicap pour la faisabilité de votre projet de formation.

Référent handicap APPORT SANTE : maryline.borel@apport-sante.org

Pour tout autre renseignement, n'hésitez pas à contacter le service formation d'APPORT SANTE :

Tél : 04 42 642 642 - Fax : 04 42 50 97 89 - Mail : formation@apport-sante.org