

BULLETIN D'INSCRIPTION

FORMATION

L'ENTREPRISE (joindre un chèque de 15 €* à l'ordre de l'ASFOSSS PACA pour le plateau repas)

Raison sociale :

SIRET :

Adresse :

Nom et prénom du titulaire :

Téléphone :

Fax :

E-mail :

LE STAGIAIRE (joindre le dernier bulletin de salaire)

Nom et Prénom :

Nom de jeune fille si différent :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone portable :

E-mail :

Fonction :

Année d'obtention du BP préparateur en pharmacie :

Dans quel CFA :

Souhaite participer à la formation avec demande de prise en charge ACTALIANS (OPCA PL)

<input type="checkbox"/>	Diabète : prise en charge du patient	11 janvier 2016	Durée : 7 h
--------------------------	---	-----------------	--------------------

Joindre à la demande :

<input type="checkbox"/>	Chèque « plateau repas » à l'ordre de l'ASFOSSS PACA d'un montant de : <i>*ce montant vous sera remboursé par Actalians à l'issue de la formation</i>	15 €*
<input type="checkbox"/>	Dernier bulletin de salaire	

Fait à

le

Signature du stagiaire

Signature du chef d'entreprise et cachet