

# BULLETIN D'INSCRIPTION

**A retourner à l'adresse suivante :**  
ALVEA Formation – 8 rue Chaptal – Bât 1B – 34000 MONTPELLIER

INTITULE DE  
LA FORMATION :

*Prépa examen agent*

<i>Stagiaire</i>	<i>Entreprise (optionnel)</i>	
Nom : <input type="text"/>	Dénomination : <input type="text"/>	
Prénom : <input type="text"/>	Siret : <input type="text"/>	
Fonction : <input type="text"/>	Nom du responsable de formation : <input type="text"/>	
Adresse : <input type="text"/> <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/> <input type="text"/>	
Téléphone : <input type="text"/>	Téléphone : <input type="text"/>	
Email : <input type="text"/>	Télécopie : <input type="text"/>	
	Email : <input type="text"/>	
<i>Calendrier (en fonction des disponibilités)</i>		
<input type="checkbox"/> Option A (1jour/semaine)	<input type="checkbox"/> Option B (5 jours par semaine)	<input type="checkbox"/> Option C (2 semaines de 5 jours + 20 soirées de 3h)
<i>Mode de règlement</i>		
<input type="checkbox"/> Règlement à réception de la facture		
<input type="checkbox"/> Règlement par un Organisme Collecteur (optionnel): Nom de l'Organisme : <input type="text"/> Adresse : <input type="text"/> Responsable à contacter : <input type="text"/>		
Date et signature du stagiaire : <input type="text"/>	Date et cachet du chef d'entreprise : <input type="text"/>	

*La signature de ce bulletin d'inscription vaut acceptation sans réserve des conditions générales de vente ci-après. Ces conditions sont considérées comme lues et approuvées préalablement à la signature.*