

Ce bulletin d'inscription est à nous retourner un mois avant le début de la formation à l'adresse suivante :
 OF'ESA - 119-121, rue Damrémont – 75018 PARIS Tél : 01 48 07 60 31 Mail : contact@ofesa.org N° de déclaration de l'activité formation : 11 75 51418 75

Intitulé de la formation

Formation choisie _____
 Code de la formation _____ Région _____ Date : ___ / ___ / _____
 Si formation Monitorat SST, PRAP IBC ou PRAP 2S, titulaire du certificat SST ou PRAP (formation initiale)
 oui* non

*Si oui, joindre impérativement la copie de votre carte.

Renseignements concernant le stagiaire

Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : ___ / ___ / _____ Sexe : F H
 Fonction : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Téléphone : _____
 Mail : _____

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à un usage interne. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir des informations vous concernant, veuillez vous adresser au service formations. Mail : contact@ofesa.org

Renseignements concernant la structure

Nom : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Téléphone : _____ Mail : _____
 OPCA : _____ Si UNIFORMATION, n° ICOM : _____
 Adhérent OF'ESA : Oui Non
 Adhérent CHANTIER école : Oui Non

Facturation

Coût (par jour) : _____ x nombre de jours : _____ TOTAL : _____ €
 Chèque d'acompte de 30% ou du montant correspondant aux frais d'inscription, soit la somme de : _____ €

Règlement par chèque n° _____

Le chèque d'acompte sera encaissé à réception et une facture du solde sera adressée par courrier. En cas d'annulation de la formation, les sommes seront restituées selon les mentions fixées par les Conditions générales de vente et d'inscription.

Je soussigné(e) _____
 M'engage à prévenir l'organisme de formation si j'effectue une demande de prise en charge à mon OPCA.
 Signature :

Lu et approuvé : _____
 Date : _____
 Signature :
 La signature vaut acceptation des conditions générales de vente

