BULLETIN D’INSCRIPTION FORMATION

**Journée des responsables de restauration hospitalière**

**SESSION 2023**

**Prix de la formation** : **400 €**

**Sessions de formation présentielle :**

**Dates : Mardi 6 et Mercredi 7 juin à VANNES**

**Adresse :**

Palais des Arts

Place de Bretagne

56000 Vannes

**PARTICIPANT**

Nom :

Nom de naissance (si différent) :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Courriel personnel :

Profession ou formation en cours :

ADELI ou RPPS

Employeur:

Adresse :

Code postal : Ville :

🕿. : Fax :

Courriel :

**ORGANISME DE FACTURATION (si différent) à remplir impérativement au moment de l’inscription**

Merci de joindre un bon de commande/ l’accord de prise en charge

Organisme et adresse:

Responsable de l’organisme : Nom ………………………………………………. Prénom……………………………………………………………....

Coordonnées du correspondant formation (mention obligatoire)

Nom : Prénom:

Tél. : Mail :

N° SIRET / \_/ / \_ / \_ / / /\_ / / \_ / \_ / \_ / \_ / \_/ \_ / Code NAF/APE : / \_/ / \_ / \_ /

Code service CHORUS PRO : ……………………………………………Et/ou N° engagement Chorus Pro : ……………………………………

**MODALITES FINANCIERES : Paiement uniquement à réception de facture**

□ Etablissement d’un contrat de formation professionnelle (particulier)

□ Etablissement d’une convention de formation professionnelle (financement employeur/OPCA) - **Merci de joindre l’accord de prise en charge pour l’employeur / ou de subrogation pour l’OPCA**

**Nom et Signature du participant et/ou de l’organisme financeur :**

A ………………………………………Le ………………………………..