

EMPLOYEUR

Nom et type de structure (EHPAD, FAM, SSIAD, ...) _____

_____ Numéro SIRET _____

NOM, Prénom et fonction de son représentant _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Tel _____ Courriel _____

PARTICIPANT ①

NOM usuel et Prénom _____

Tel _____ Courriel _____

PARTICIPANT ②

NOM usuel et Prénom _____

Tel _____ Courriel _____

PARTICIPANT ③

NOM usuel et Prénom _____

Tel _____ Courriel _____

PARTICIPANT ④

NOM usuel et Prénom _____

Tel _____ Courriel _____

Si vous souhaitez inscrire plus de 4 personnes, merci de remplir un autre bulletin d'inscription.

L'inscription à une action de formation est subordonnée à la réception du bulletin d'inscription daté et signé, qui vaut bon de commande. Une convention de formation est établie et envoyée en deux exemplaires à l'employeur qui s'engage à renvoyer un exemplaire signé au plus tard 15 jours ouvrés avant la date de début de l'action. Seul le retour de cette convention signée tient lieu d'inscription définitive. A l'issue de la formation, une facture est établie par le Ce.F et adressée à l'employeur (ou à l'organisme financeur), qui s'engage à la régler. Par sa signature, l'employeur reconnaît avoir pris connaissance et accepté les conditions de mise en œuvre de la formation.

Date, cachet et signature de l'employeur.

Bulletin à retourner complété et signé par courrier ou par mail à magali.rod@johnbost.fr