BULLETIN D’INSCRIPTION

(à retourner au centre de formation)

**Client Demandeur : \*Saisie obligatoire**

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale\* : |  |
| Adresse\* : |  |
| CP - Ville\* : |  | N° SIRET\* : |  |
| N° TVA\* : |  | Code APE\* : |  |
| **Responsable de l’inscription**\* : | [ ] M. [ ] Mme **NOM - Prénom\***: |
| **Fonction**\* |  |
| **Téléphone**\* : |  | **E-mail\*** :  |
| **Contact Comptabilité Fournisseurs**\* : | [ ] M. [ ] Mme **NOM - Prénom\*** :  |
| **Téléphone**\* : |  | **E-mail\*** : |
| **Numéro de bon de commande** |  |

***Les informations concernant la facturation du dossier sont situées en page 2 de ce bulletin d’inscription.***

**Formation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Intitulé de la formation |  | Code stage |  |
| Date(s) de la session |  | Lieu de la formation |  |
| Montant unitaire (1) |  € HT | Montant Total |  € HT |

1. Des frais de dossiers peuvent s’appliquer sur le montant de la prestation, la convention de formation vous précisera l’offre tarifaire finale pour la prestation. (T.V.A. en sus)

**Bénéficiaires de la formation (participants) : \*Saisie obligatoire**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom Prénom\* | Adresse e-mail du stagiaire\* | Pour les Qualification de soudeurs :N° identifiant du soudeur (2) | Personne en Situation de Handicap ou nécessitant des besoins spécifiques\* Oui Non |
| Participant 1 |   |  |  |[ ] [ ]
| Participant 2 |  |  |  |[ ] [ ]
| Participant 3 |  |  |  |[ ] [ ]
| Participant 4 |  |  |  |[ ] [ ]

(2) :[ ]  N° Réf. Employeur / [ ]  N° CNI / [ ]  N° Passeport / [ ]  N° Permis / [ ]  N° Carte de séjour

Pour le bon déroulé de la formation, les informations demandées ci-dessus devront être communiquées préalablement à la date de démarrage de la formation.

* L’adresse e-mail du stagiaire doit être indiquée pour pouvoir lui transmettre le formulaire d’évaluation de la formation par voie électronique et les différents supports numériques si prévu pour la formation souhaitée.
* Si le participant nécessite des besoins spécifiques, cochez la case « Oui » en nous transmettant le bulletin d’inscription afin que l’on puisse revenir vers vous sur la mise en place des aménagements pour les actions de formations.

Merci de bien vouloir nous transmettre :

* Une copie de la pièce d’identité du(des) participant(s)
* Une copie de la carte vitale du(des) participant(s) ou numéro de sécurité sociale en cas d’accident du travail pour déclaration

***L’inscription sera considérée comme effective après transmission et accusé de réception de ce bulletin d’inscription et de la convention de formation professionnelle signée par les deux parties.***

BULLETIN D’INSCRIPTION

(à retourner au centre de formation)

**Informations nécessaires à la facturation : \*Saisie obligatoire**

 [ ]  Adresse de facturation identique à celle du client demandeur

 Sinon complétez le tableau ci-dessous :

|  |  |
| --- | --- |
| Raison Sociale\* : |   |
| Adresse de facturation\* : |   |
| Adresse mail de facturation\* : |  |
| CP - Ville\* : |   |
| Téléphone\* : |   | N° SIRET\* : |                                                              |
| **Numéro d’accord de prise en charge** |   | Date d'accord de prise en charge (2) : |  |
| Nom du Responsable du dossier\* : |  |
| Numéro de TVA intracommunautaire\* : |   | Code APE\* : |  |
| ***IMPORTANT* (2)***°: En cas de prise en charge totale ou partielle des frais de formation par un organisme financeur, il vous appartient : de faire la demande de prise en charge avant le début de la formation et* ***de nous transmettre l’accord de prise en charge au plus tard 48 heures avant la date de démarrage de la formation. A défaut, un dépôt de garantie pourra être exigé.*** |

Si plusieurs financeurs : indiquez dans le tableau ci-dessous le(s) autre(s) financeur(s)

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse de facturation\* : |   |
| Adresse mail de facturation |  |
| CP - Ville\* : |   |
| Téléphone\* : |   | N° SIRET\* : |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Nom du Responsable du dossier\* : |  | Date d'accord de prise en charge **(2)** : |  |
| Numéro de TVA intracommunautaire\* : |  | Code APE\* : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse de facturation\* : |   |
| Adresse mail de facturation |  |
| CP - Ville\* : |   |
| Téléphone\* : |   | N° SIRET\* : |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Nom du Responsable du dossier\* : |  | Date d'accord de prise en charge **(2)** : |  |
| Numéro de TVA intracommunautaire\* : |  | Code APE\* : |  |

**Conditions de règlement,** **d’annulation et de report :**

Le montant total de la formation est payable conformément à nos [Conditions Générales de Vente Formation Professionnelle (C.G.V.)](https://www.isgroupe.com/hubfs/Documents%20%C3%A0%20t%C3%A9l%C3%A9charger/Formations/Conditions_g%C3%A9n%C3%A9rales_de_vente_FP_R8.pdf), les conditions d’annulation et de report y sont précisées.

Les coordonnées bancaires vous seront transmises dans la convention de formation professionnelle.

|  |
| --- |
| [ ]  **Je reconnais avoir pris connaissance et accepté les conditions générales de vente relatives à la formation, disponibles sur le site internet « formation.isgroupe.com »** Vos données sont utilisées dans le cadre d’une formation. Conformément aux dispositions légales applicables, en particulier la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 et du règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, vous disposez des droits suivants :Demander la mise à jour de vos données ; d’exercer votre droit d’accès ; demander la suppression de vos données ; demander la limitation du traitement de vos données ; vous opposer au traitement de vos données, vous opposer ou retirer votre consentement à l’utilisation, par nos services, de vos coordonnées pour l’envoi de nos offres commerciales et promotionnelles. Ces différents droits sont à exercer par courrier postal à l’adresse suivante : Groupe Institut de Soudure Direction Technique – Z.I Paris Nord 2 – 90 rue des Vanesses – 93420 Villepinte. Pour des raisons de sécurité et afin d’éviter toute demande frauduleuse, cette demande devra être accompagnée d’un justificatif d’identité. Le justificatif sera détruit une fois la demande traitée.  |
| Cachet | Signature | Nom Prénom Fonction |
|  |  | A :Le :  |