

BULLETIN D'INSCRIPTION Conventionnée

Prise en charge CONVENTIONNÉE PARTIELLE OU TOTALE

Indiquez ci-dessous les coordonnées du STAGIAIRE qui suivra la formation

Mme <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/>	Nom																			
Prénom																					
Adresse personnelle																					
Code Postal										Ville											
Téléphone					Profession / fonction										email						

Indiquez ci-dessous les formations que vous voulez suivre

Réf. formation	Titre de la formation	Date de début	Prise en charge PAR LE STAGIAIRE	ENTREPRISE / STRUCTURE ou OPCA		
				Payeur ①	Payeur ②	Payeur ③
		/ /	€	€	€	€
		/ /				
		/ /				
		/ /				
Calculez les totaux :			€	€	€	€

① Indiquez ici le 1^{er} payeur à qui nous devons envoyer une CONVENTION

Dénomination																				
Adresse																				
Code Postal										Ville										
Téléphone					Dossier suivi par										Email					
Envoyer la FACTURE à :																				
Dénomination																				
Adresse																				
Code Postal										Ville										

② Indiquez ici le 2^{ème} payeur à qui nous devons envoyer une CONVENTION

Dénomination																				
Adresse																				
Code Postal										Ville										
Téléphone					Dossier suivi par										Email					
Envoyer la FACTURE à :																				
Dénomination																				
Adresse																				
Code Postal										Ville										

③ Indiquez ici le 3^{ème} payeur à qui nous devons envoyer une CONVENTION

Dénomination																				
Adresse																				
Code Postal										Ville										
Téléphone					Dossier suivi par										Email					
Envoyer la FACTURE à :																				
Dénomination																				
Adresse																				
Code Postal										Ville										

CAS OU VOUS PRENEZ A VOTRE CHARGE UNE PARTIE DU PRIX DE LA FORMATION : Nous vous enverrons un CONTRAT DE FORMATION PROFESSIONNELLE que vous voudrez bien nous renvoyer signé. **ATTENTION, uniquement le retour signé de ce Contrat de Formation Professionnelle officialisera votre inscription et permettra la réservation de votre place.** > Article L. 6353-5 du code du travail - à compter de la date de signature du Contrat de Formation Professionnelle, vous disposez d'un délai de 10 jours pour vous rétracter par lettre recommandée avec avis de réception. > Article L. 6353-6 du code du travail - aucune somme ne peut vous être exigée avant l'expiration du délai de rétractation. A l'expiration de ce délai, aucune somme supérieure à 30 % du prix convenu ne peut vous être demandée comme premier versement. **Nous vous demandons de bien vouloir verser l'acompte de 20% au plus tard 48 heures après l'expiration du délai de rétractation.** > SOLDE A DEVOIR : Le solde restant à devoir donne lieu à un échelonnement des paiements au fur et à mesure du déroulement de l'action de formation.

CONCERNANT LE ou LES PAYEURS : Nous procéderons à l'établissement de CONVENTIONS DE FORMATION PROFESSIONNELLE pour les différents payeurs. Votre inscription conventionnée sera prise en compte par IAT-Lille dès que les Conventions de Formation Professionnelle nous seront retournées par les différents payeurs.

le : ___/___/___ > Signature **OBLIGATOIRE** du stagiaire : _____