

Établissement

Raison sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Responsable de formation :

Téléphone : Email :

Participant(s)

Nom et prénom :

Fonction : Service :

Email : Mobile :

Situation de handicap à prendre en compte : ☐ Oui ☐ Non précisez :

Merci de nous contacter pour étudier les différentes possibilités mises à disposition des situations de handicap

Session(s) retenue(s)	REF	Dates	Coût*
.....			
.....			
.....			

Nom et prénom :

Fonction : Service :

Email : Mobile :

Situation de handicap à prendre en compte : ☐ Oui ☐ Non précisez :

Merci de nous contacter pour étudier les différentes possibilités d'adaptation mises à disposition des situations de handicap

Session(s) retenue(s)	REF	Dates	Coût*
.....			
.....			
.....			

*TranSfaire n'étant pas assujettie à la TVA, les coûts s'entendent nets

Facturation

Facturation Chorus ☐ N° Siret : N° engagement : Code service :

Adresse de facturation si différente :

Code postal : Ville :

Responsable :

Téléphone : Email :

INSCRIPTIONS EN LIGNE : www.transfaire.org

Date, signature et cachet de l'établissement

Le :

à :

à photocopier et à retourner à l'Association **TranSfaire**

9 rue Jean Daudin - 75015 Paris

Tél : 01 53 69 08 80 - info@transfaire.org

WWW.TRANSFAIRE.ORG