

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Merci de remplir ce formulaire intégralement et de le retourner par mail en fichier attaché à l'adresse suivante : contact@campusworkforce.co

Programme : ☐ Certification ☐ Coursus métier ☐ Formation à la carte ☐ Masterclass

Titre de la formation :

Date de démarrage :

Format : ☐ En présentiel ☐ Cours du jour : Lundi au vendredi 9h - 17h
☐ En ligne ☐ Cours du soir : Lundi au vendredi 18h - 20h
☐ Cours du week-end : Samedi et dimanche 9h - 14h

PARTICIPANT

Prénom et nom :

Date et lieu de naissance :

Nom de l'organisme :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Prise en charge de la formation : ☐ A titre individuelle ☐ Entreprise
☐ Autre

ENTREPRISE

Nom de la structure :

Interlocuteur :

Téléphone :

Email :

MODALITES DE PAIEMENT

Mode de paiement: ☐ Espèces ☐ Chèque ☐ Virement bancaire

Coût de la formation : F CFA

Signature et cachet :

NB : Les frais d'inscription sont non remboursables.

Date :/...../2024