



Nom de l'entreprise
 N° de SIRET Code NAF
 Adresse
 Téléphone fixe
 Adresse mail

Nom du ou de la responsable
 Téléphone mobile
 Adresse mail
 Activité professionnelle

Intitulé de la ou des formations choisies	Date(s) et lieux	Prix de la formation en euros	Nombre de participants	Montant total en euros
			Total	
Montant de l'acompte à verser (30%)*				

* A réception de votre inscription, nous vous adresserons les documents de prise en charge et toutes les modalités pédagogiques et pratiques. Le solde de la formation est à régler le 1^{er} jour du stage.

Option Repas : Nous vous proposons de réserver le repas du midi
 Joindre un chèque de 16 € x (nombre de repas) = € à l'ordre de **HECATE CONSULTANT**.

Participants aux stages					
Nom(s) et prénom(s)	Date(s) de naissance	Fonction(s)	Qualification(s)	N° téléphone + adresse mail	Nombre d'années dans la profession

Je souhaite demander une prise en charge auprès de mon organisme collecteur de la formation professionnelle pour demander le financement des formations choisies (sous réserve d'acceptation)
 Nom et adresse de l'organisme collecteur :

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente.

Fait à, le