



# Bulletin d'Inscription

## Version entreprise

A renvoyer par e-mail à [agilea.formation@agilea.fr](mailto:agilea.formation@agilea.fr)

Toute inscription ne se fait que sous réserve de la disponibilité de places ou du démarrage de la formation.

**FORMATION : Adaptive S&OP – 1 jour (7h) ..... 950 €HT/participant**

Cochez la session à laquelle vous souhaitez vous inscrire

↓

	Janv.	Févr	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
<b>PARIS</b>												<b>05</b>

✪ **ENTREPRISE :**

Raison sociale : .....

N° SIRET : [ ] N° TVA Intracommunautaire : [ ]

Adresse : .....

✪ **RESPONSABLE INSCRIPTION (signataire de la convention) :**

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction :  D.R.H.  Resp. Formation  Autre : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Adresse d'envoi de la convention (si différente de la précédente) : .....

✪ **PARTICIPANT :**

	Participant 1	Participant 2	Participant 3
Civilité			
Nom			
Prénom			
Fonction			
E-mail			

✪ **FINANCEMENT :**

**Délégation de paiement** : L'organisme est en charge de facturer l'OPCA. L'inscription du participant se fera à réception de l'accord de prise en charge.

**Paiement direct** : L'organisme facturera directement l'entreprise.

**! Cette formation n'est pas éligible au CPF**

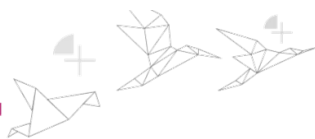
Établissement à facturer (si différent) ou OPCA :

Adresse : .....

Fait à .....

Le .....

Signature et cachet de l'entreprise obligatoires



A renvoyer par e-mail à [agilea.formation@agilea.fr](mailto:agilea.formation@agilea.fr)

Toute inscription ne se fait que sous réserve de la disponibilité de places ou du démarrage de la formation.

**FORMATION : Adaptive S&OP – 1 jour (7h) .....950 €HT/participant**

Cochez la session à laquelle vous souhaitez vous inscrire

↓	Janv.	Févr	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
<b>PARIS</b>												<b>05</b>

✦ **PARTICIPANT :**

Civilité : .....

Nom : .....

Prénom : .....

**Salarié**

Fonction : .....

**En recherche d'emploi**

**Autre :** .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Adresse postale : .....

✦ **FINANCEMENT :**

✓  **Paiement direct :** L'organisme facturera directement le participant.

!  **Cette formation n'est pas éligible au CPF**

Coordonnées Pôle Emploi : .....

Adresse : .....

Coordonnées conseiller Pôle Emploi: .....

Fait à .....

Le .....

Signature obligatoire