

COORDONNEES DU PARTICIPANT

Prénom _____ Nom _____
 Fonction _____ E-mail _____
 Société _____ N°Tel (obligatoire) _____
 Adresse _____
 Code postal _____ Ville _____

COORDONNEES DU SIGNATAIRE OU DE LA PERSONNE EN CHARGE DE L'INSCRIPTION

Prénom _____ Nom _____
 Fonction _____ E-mail _____
 Société _____ N°Tel (obligatoire) _____

FORMATION

Code _____ Intitulé _____ Date _____

TARIFS & REGLEMENT

	2h-3h30	4h-5h	1 Jour (7h)	2 Jours (14h)
<input type="checkbox"/> Adhérent	255€ TTC	318€ TTC	534€ TTC	1 068€ TTC
<input type="checkbox"/> Adhérent pers. supp	-	-	444€ TTC	888€ TTC
<input type="checkbox"/> Non Adhérent	382€ TTC	444€ TTC	660€ TTC	1 320€ TTC

Virement IBAN FR 76 1009 6180 6200 0516 3860 239

OPCO, préciser _____

Cachet et signature (obligatoire)

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de vente disponibles sur le site www.cosmed.fr et déclare les accepter ». Les informations recueillies via le bulletin font l'objet d'un traitement par Cosmed dont les modalités sont définies par la politique de confidentialité disponible sur le site www.cosmed.fr.