

Bulletin d'Inscription

Formulaire individuel valable pour un seul stagiaire,
à compléter et à renvoyer à A.F.C



www.afcformations.fr



Thème de Formation : <small>(indiquez le thème de formation auquel vous souhaitez vous inscrire)</small>	
Lieu de Formation : <small>(indiquez le lieu de la formation)</small>	
Date : <small>(indiquez la date de la formation)</small>	

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Code Siret <small>(pour les titulaires uniquement) :</small> <small>(14 chiffres à demander à l'INSEE de votre région)</small>			
Nom de l'entreprise :			
Adresse :			
Ville :		Code Postal :	

E-Mail :

IDENTIFICATION DU STAGIAIRE

Nom du Participant :		Prénom :	
Profession :	<input type="checkbox"/> Pharmacien Titulaire <input type="checkbox"/> Pharmacien Adjoint <input type="checkbox"/> Préparateur <input type="checkbox"/> Autre		
Adresse :			
Ville :		Code Postal :	

E-Mail :

Vous pouvez envoyer le formulaire à : administration@afcformations.fr

A.F.C 5 Square Lavoisier - 78330 Fontenay le Fleury -

Tél. Fax. : 01 47 88 11 29

SIRET : 331 705 244 000 43 - APE 8899B - N° Formateur : 117 800 927 78

Association déclarée loi de 1901