

BULLETIN D'INSCRIPTION

ÉTIALIS Centre de Formation • 87 rue Saint-Lazare • 75009 Paris
Informations - Inscriptions : Tél. 01 44 41 49 00 • Fax : 01 44 41 49 11
un exemplaire par stagiaire

FORMATION CHOISIE

Intitulé _____
Lieu _____
Date(s) _____ Prix HT _____

PARTICIPANT

Mlle Mme M. Prénom _____ Nom _____
Fonction _____
Adresse d'envoi du courrier de convocation _____
Téléphone _____ Fax _____
E-mail (en majuscule svp) _____

ÉTABLISSEMENT

Responsable de la formation ou de la réservation _____
Mlle Mme M. Prénom _____ Nom _____
Dénomination sociale de l'établissement _____
Adresse _____
Téléphone _____ Fax _____
E-mail (en majuscule svp) _____
N° SIRET _____ Code NAF _____
Êtes-vous soumis à la TVA ? Oui Non
Si oui, N° TVA Intracommunautaire _____

FACTURATION

Établissement à facturer, si différent de l'entreprise _____
Adresse _____
Téléphone _____ Fax _____

RÈGLEMENT (À RÉCEPTION DE FACTURE)

par chèque à l'ordre d'ÉTIALIS
 par virement sur le compte ÉTIALIS
IBAN : FR76 3000 4002 7400 0110 4628 258 - BIC : BNPAFRPPXXX
Agence : BNP Paribas Montparnasse

Cachet de l'établissement

Fait à _____ le _____
Nom _____ Prénom _____
Fonction _____
Signature _____