

Formulaire d'inscription

LABORATOIRE
MEDITERRANÉEN
DE MICROBIOLOGIE

Ce document est à retourner par mail à chryslene.au@labo-lmm.fr,
7 jours avant le début de la formation

Intitulé de la formation :

Type de formation :

présentiel

en ligne

Stagiaire (coordonnées professionnelles)

Nom, prénom :

Société :

Adresse :

Téléphone portable :

(obligatoire : afin de pouvoir joindre le stagiaire en cas de problème)

E-mail :

Contact formation

Nom, prénom :

Société :

Adresse :

E-mail :

Téléphone :

Facturation

Raison sociale* :

Adresse* :

N° de siret :

E-mail :

Facturation à votre organisme de financement ?

OUI*** NON

* Champs à renseigner si différents de ceux du participant. *** Si oui, merci de nous fournir l'accord de prise en charge

Quel est votre projet ?

Quels sont vos objectifs ?

Etes-vous en situation de handicap :

OUI

NON

Si oui, pouvez-vous nous préciser quels aménagements nous devons prévoir pour réaliser cette formation :

Cachet de l'entreprise :

Date :

Signature