

BULLETIN D'INSCRIPTION à compléter et à retourner à :
Cabinet METROL • 44, rue de La Quintinie - 75015 PARIS
Tél. : 01 40 45 33 40 • Fax : 01 40 45 33 44 • E-mail : philippe.rocher@metrol.fr

Date souhaitée en priorité : _____ Deuxième option : _____

Nom, prénom : _____

Société ou organisme : _____

Service ou Département : _____

Fonction du candidat : _____

Formation ou qualification : _____

Adresse professionnelle : n° , voie : _____

CP : _____ Ville : _____

Pays: _____

Téléphone : _____ Fax : _____

E-mail : _____ GSM : _____

Contact Formation : _____ Tél. : _____

Adresse de facturation : Société : _____

n° , voie : _____

CP : _____ Ville : _____

Pays: _____

Contact Facturation : _____ Tél. : _____

N° de TVA Intra (obligatoire) : _____

Précisez votre activité (ou projet professionnel) et vos attentes vis-à-vis de ce stage :

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales et des modalités d'inscription figurant sur la plaquette de la session.

Signature du
candidat :

A : _____

Le : _____

**Photo à envoyer
par email**
*(Réalisation d'un
trombinoscope
des participants)*

Signature du responsable et
cachet de l'organisme :