



BULLETIN D'INSCRIPTION

A renvoyer :
par fax : 01 70 70 21 01
par mail : info@afcoplast.com

A remplir par le service formation	
SOCIETE : _____	
ADRESSE : _____ _____	
TEL : _____	FAX : _____
RESPONSABLE DU SERVICE FORMATION : _____	
EMAIL : _____	TEL : _____
RESPONSABLE DU SERVICE TECHNIQUE _____	
EMAIL : _____	TEL : _____
ADRESSE de FACTURATION : (si différente de l'adresse Société) _____ _____ _____ _____	
A compléter par le stagiaire	
MODULE CHOISI : _____	
DATES DU MODULE : _____	
NOM : _____	PRENOM : _____
TEL : _____	EMAIL : _____
FONCTION : _____	
EXPERIENCE DANS LA FONCTION : _____	
FORMATION ET DIPLOME: _____	
OBJECTIFS DE LA FORMATION : _____ _____	
POINTS D'INTERET PARTICULIERS: _____ _____ _____	