



TITRE DU STAGE : Implantation générale ()

Référence du stage : IMPLANT-FR-P

Date de session : 30/09/2025 - 02/10/2025 Lieu de réalisation : La Mède

Informations du demandeur

M. ☐ Mme ☐

Nom : Prénom :

Société : Fonction :

Adresse :

Code postal :

Ville : Pays :

E-mail : Téléphone :

Siret :

Informations du participant

M. ☐ Mme ☐

Nom : Prénom :

Société : Fonction :

Adresse :

Ville : Code postal :

Pays : E-mail :

Téléphone : Siret :

Etes-vous en situation de handicap ? Oui Non ☐ Je confirme avoir les prérequis tels que mentionnés dans la fiche programme

Si oui, prenez contact avec notre référent pour vérifier les modalités d'accès à la formation referent.handicap@ifptraining.com

Informations de facturation

destinataire(s) facture : ☐ Entreprise ☐ OPCO

M. ☐ Mme ☐

Nom : Prénom :

Société :

Adresse :

Code postal :

Ville : Pays :

E-mail : Téléphone :

Numéro de TVA intra-communautaire :

Référence/accord prise en charge (OPCO) : Document à nous faire parvenir obligatoirement

Siret :

Pièces demandées avec la facture :

- ☐ Feuille d'émargement
- ☐ Évaluation de la session par le participant
- ☐ Duplicata de la facture
- ☐ Convention de formation
- ☐ Autres (préciser) :

☐ Je reconnais avoir pris connaissance et accepter les conditions générales de vente d'IFP Training

ENVOYER ce document à rc.contact@ifptraining.com

