



**TITRE DU STAGE :** Superintendant HSE - Certificat IFP Training ()

Référence du stage : HSESI-FR-P

Date de session : 04/03/2025 - 27/05/2025 Lieu de réalisation : Pau

## 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](mailto: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 [ep.contact@ifptraining.com](mailto:ep.contact@ifptraining.com)

