

# Inscription à une session de formation (en inter-entreprise)

---

## Le module de formation

Nom du module de formation:

.....

Date de la session : .....

### Le(la) participant(e)

Nom : .....

Prénom : .....

Fonction: .....

E-mail : .....

Tél : .....

### Contact administratif/RH

Nom : .....

Prénom : .....

Fonction: .....

E-mail : .....

Tél : .....

NB : en cas d'inscription (sur le même module de formation à la même date) de plusieurs participants appartenant à la même structure, merci de procéder à autant d'inscription que nécessaire via ce formulaire, tout en précisant dans le champ en bas "Informations complémentaires" qu'il s'agit d'une inscription multiple.

## Votre structure

Nom : .....

SIRET (entreprise uniquement) : .....

Adresse: .....

.....

## Informations complémentaires

.....

.....

.....

.....

Fait à ....., le .....



Signature (nom, fonction, cachet)

**Merci de renvoyer ce document à l'email suivant : [contact@axpharma.com](mailto:contact@axpharma.com)**

**Ou par courrier : Axpharma 14, Rue Gerty Archimède 75012 Paris**

**Nous sommes à votre disposition par téléphone : 01 47 04 25 29**