**Bulletin d’inscription formation - INTER-ENTREPRISES**

A retourner à cleveugle@afcic.org

|  |  |
| --- | --- |
| **Entreprise** |  |
| AdresseCP Ville |  |
| Téléphone |  |
| Activité de l’entreprise |  |
| **Coordonnées de la personne en charge des inscriptions** |
| Madame / Monsieur |  |
| Qualité |  |
| Email (*convocations envoyées par email\*)* |  |
| Téléphone |  |
| **Nom et adresse de la structure à facturer**+ N° bon de commandeou N° de prise en charge si OPCO |  |

**Inscrit mon ou mes salariés**

***En présentiel***, *nos formations se déroulent dans le respect des mesures sanitaires en vigueur le jour de la formation*

***En distanciel****, les formations se déroulent en visio avec l’outil Teams.*

*Veuillez noter que pour le bon déroulement de la formation, l’employeur est informé qu’il convient de* ***mettre un PC à disposition de chaque salarié****, avec de préférence une connexion à internet câblée plutôt que par wifi*

*Un lien de connexion sera envoyé par mail à chaque stagiaire.*

|  |  |
| --- | --- |
| Intitulé de la formation  |  |
| Date(s) de la session choisie |  |
| Tarif HT par participant |  |
| Lieu si présentiel, sinon « A distance » |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Fonction** | **Mail \*\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\*Les documents suivants vous seront envoyés par mail : convention de formation, convocation, programme, plan d’accès et CGV/Règlement intérieur.*

*La facture sera envoyée soit à l’OPCO si nous avons reçu l’accord de prise en charge avant la formation, soit à l’entreprise et sera accompagnée de la copie des feuilles d’émargement et du certificat de réalisation.*

*Elle est payable par virement 30 jours nets, sans escompte pour règlement anticipé.*

*En cas d’absence du stagiaire (sauf maladie sur justificatif) ou annulation dans les 5 jours précédant la formation, l'AFCIC facturera à l’entreprise à titre de dédommagement. L'entreprise a la faculté de remplacer un salarié indisponible par un autre salarié.*

*\*\* indispensable pour la formation à distance*

Je reconnais avoir pris connaissance et accepter les conditions indiquées ci-dessus,

**Nom et qualité**

**Date, signature et cachet de l’entreprise**