LA FORMATION

Intitulé : **MANAGER DE LA TRANSITION ALIMENTAIRE octobre novembre 2022**

LE STAGIAIRE

Nom et prénom du participant :
Téléphone (direct) :

Fonction **E-mail**

Participera à la formation indiquée ci-dessus.

L'ENTREPRISE

Raison sociale :
Adresse :

CP : Ville :

N° SIRET : Code APE :

Contact Formation : ……………………………………………………………………………………………………….

REGLEMENT

¨ par l'entreprise ¨ par un organisme gestionnaire ¨ par le stagiaire
 *(préciser le nom et les coordonnées)*

Montant de l'inscription **: ~~4 000 Euros TTC~~**

**TARIF SPECIAL ALUMNI : 3000 Euros TTC**

Fait à le……………………….

Cachet et Signature