

À retourner à : **MultiEtnies – 23 rue d'Alésia 75014 PARIS**

Raison sociale * :

Nom * : Prénom * : Date de naissance * :

Adresse * :

Code postal * : Ville * :

Tel * : Ou Portable : Fax :

Email * :

Numéro SIREN (9 chiffres) * : Code APE (3 chiffres) * :

Nom du stage	Dates	Montant TTC
	du / / au / /	

Date : / /

Aucune annulation ne sera possible 10 jours avant le début du stage

Signature et cachet de l'entreprise

Je joins un chèque d'acompte de 30% du montant total,
soit : € Libellé à l'ordre de MULTIETNIES
Numéro du chèque : banque :

Je souhaite une prise en charge

Indiquez le nom de l'organisme auquel
vous êtes affilié

Nom du stagiaire	Fonction

* Champs obligatoires

* Champs obligatoires en cas de demande de prise en charge