



À retourner une fois complété par :

Courriel - nprin@indre.cci.fr

Inscription possible par téléphone - 02 54 53 52 00

FORMATION

Intitulé :

.....

Date(s) :

.....

Département :

Indre (36) Indre-et-Loire (37) Loir-et-Cher (41) Loiret (45)

STAGIAIRE

Mme M Nom : Prénom :

Date de naissance : - - / - - / - - - - à

Fonction :

Adresse :

CP : Ville :

E-mail : Tél. :

RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION*

Raison sociale :

Adresse :

CP : Ville :

N° SIRET :

Mme M Nom : Prénom :

Fonction :

E-mail : Tél. :

Organisme à facturer :

*Employeur

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement par CCI Campus Centre afin de simplifier votre démarche d'inscription et d'accompagnement au cours de votre formation. Elles sont conservées 1 an à partir du dépôt de votre inscription et 10 ans après la fin de votre parcours de formation. A partir de votre inscription définitive, vos informations sont susceptibles d'être transmises à nos prescripteurs et partenaires (Pôle Emploi, OPCO...). Conformément à la loi du 6 janvier 1978 "informatique et libertés", vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux données vous concernant.