

Cachet de votre structure

**URIOPSS Centre**  
29 boulevard Rocheplatte - BP 35 -  
45016 ORLEANS CEDEX 01  
Tél. : 02.38.62.34.39 - Fax : 02.38.81.29.72  
Mail : formation@uriopss-centre.asso.fr

Numéro de déclaration d'activité :  
24 45 00 135 45  
*(cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat)*

## BULLETIN D'INSCRIPTION 2019

### Organisme

Numéro d'adhérent : CC .....

Nom de la structure : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Mail : .....

### Stagiaire(s) :

◆ Nom et prénom : .....

Fonction : ..... Mail : .....

◆ Nom et prénom : .....

Fonction : ..... Mail : .....

◆ Nom et prénom : .....

Fonction : ..... Mail : .....

### Inscription au stage :

N° ..... Intitulé .....

Date(s) ..... Coût ..... X ..... nombre de personne(s)

Coût total = ..... €

*Règlement à nous adresser avec le présent bulletin d'inscription*

### Adresse de facturation : (si différente de la structure ou en cas de facturation à l'OPCA)

J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales et les accepter  J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des formations de l'URIOPSS

Fait à ..... le .....

Signature de l'employeur