

# BON DE COMMANDE

## Modules de Formation



Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 11 92 155 89 92 auprès du préfet de région d'Ile de France

### ENTREPRISE

Nom ou Raison sociale : .....

Adresse : .....

C.P. : ..... Ville : .....

N° SIRET : ..... N° AGEFOS : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Email : .....

### FORMATION

Intitulé de la formation : .....

Date(s) : ..... Coût de la formation / stagiaire : ..... €

### STAGIAIRE(S)

SEXE F/H	NOM	PRENOM	FONCTION	Date de naissance

### ACCORD DE L'EMPLOYEUR

L'employeur, représenté par : .....

Fonction : .....

- donne son accord pour la participation du ou des stagiaire(s) à la formation ci-dessus,

Fait à :

Cachet et signature de l'entreprise

Date :