

STAGIAIRE

NOM :		NOM DE NAISSANCE :	
PRÉNOM :		DATE DE NAISSANCE :	
SOCIÉTÉ :		FONCTION :	
MEMBRE DE L'IA :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
ADRESSE PERSONNELLE :			
CODE POSTAL :	VILLE :	TÉLÉPHONE :	
EMAIL PERSONNEL :			
ADRESSE PROFESSIONNELLE :			
CODE POSTAL :	VILLE :	TÉLÉPHONE :	
EMAIL PROFESSIONNEL :			

RH FORMATION

ENTITÉ RH :		NOM DU CONTACT :	
ADRESSE :			
CODE POSTAL :	VILLE :	TÉLÉPHONE :	
EMAIL :			

ATTESTATION DE PRÉSENCE

ENTITÉ ATTESTATION :		NOM DU CONTACT :	
ADRESSE :			
CODE POSTAL :	VILLE :	TÉLÉPHONE :	
EMAIL :			

FINANCEMENT

Répartition de la prise en charge

	NOM	ADRESSE FACTURATION	MONTANT
FINANCEMENT PERSONNEL :			
FINANCEMENT ENTREPRISE :			
EMAIL :			
N° SIRET :		N° TVA :	CODE APE :

Institut du Risk Management
4 rue Chauveau Lagarde 75008 Paris+(33)1 44 51 72 80
contactirm@institut-du-risk-management.fr
www.institut-du-risk-management.frSIRET 512 264 441 000 19
Code NAF 8559A
Déclaration d'activité 11754445175
TVA intracommunautaire : FR 25 512 264 441

INSCRIPTION AU CYCLE DE FORMATION COMPLET

TARIF : 2 360 € net (applicable membres de l'IA)

TARIF : 2 890 € net

PIÈCES À FOURNIR

- Curriculum vitae accompagné d'une photo au format JPG

Veuillez nous adresser la présente fiche dûment complétée accompagnée des pièces demandées en 1 seul fichier PDF + la photo au format JPG

« Je certifie sur l'honneur que les informations fournies dans ce dossier sont exactes et complètes. »

DATE :

NOM / FONCTION SIGNATAIRE :

CLIQUEZ ICI POUR ENVOYER

SIGNATURE DU CANDIDAT :

SIGNATURE / CACHET DE L'ENTREPRISE :

Envoi du formulaire :
contactirm@institut-du-risk-management.fr

Conformément à la loi « Informatique et libertés » vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire certifier en contactant le service formation à cette même adresse mail.