

STAGIAIRE

NOM : NOM DE NAISSANCE :
 PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :
 SOCIÉTÉ : FONCTION :
 MEMBRE DE L'IA : OUI 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.fr

SIRET 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

Veillez 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 :

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.