

BULLETIN D'INSCRIPTION

Je soussigné(e) :

Prénom	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>
N° d'adhérent	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>

Souhaite participer à la formation :

Titre	<input type="text"/>
Date	<input type="text"/>
Heure	<input type="text"/>

Vos attentes :

Signature

IMPORTANT

LE MANDAT DE REPRÉSENTATION DE L'ADHÉRENT PAR UN TIERS

Ce mandat de représentation ci-contre, vous permet de vous faire représenter à nos formations, par **une personne de votre choix**.

Ce mandat est OBLIGATOIRE pour toute inscription de :

→ votre salarié, votre conjoint ou un autre représentant.

Experts-Comptables : Vous pouvez également devenir « Adhérent Utilisateur » et participer librement à toutes nos formations.

Nous contacter au besoin (02 23 300 600 ou formation@arcolib.fr)

MANDAT DE REPRÉSENTATION de l'adhérent par un tiers

Je soussigné(e) :

Prénom	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>
N° d'adhérent	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>

Donne mandat à :

Prénom, nom	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>

Prénom, nom	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>

Prénom, nom	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>

Pour participer à la formation :

Titre	<input type="text"/>
Date	<input type="text"/>
Heure	<input type="text"/>

Vos attentes :

Signature