

# DÉCLARATION D'ACTIVITÉ DE FORMATION

N° 93 13 12399 13

## Coordonnées de la société et référents

Nom de la société

Adresse

Tél.

Fax

Mail

Siret

Code APE

Responsable hiérarchique

Contact formation

## Formation retenue

Nom de la session

Date souhaitée (xx/xx/xxxx)

Ville souhaitée

Nom Distributeur organisateur

Adresse

Contact

Tél.

Mail

## Participants

1

Nom

Prénom

Fonction

Date de naissance (xx/xx/xxxx)

2

Nom

Prénom

Fonction

Date de naissance (xx/xx/xxxx)

3

Nom

Prénom

Fonction

Date de naissance (xx/xx/xxxx)

## Modalité de règlement

Via chèque bancaire (à l'ordre de CERER). Le chèque accompagné de ce formulaire doit nous parvenir 2 semaines avant le stage.

Via une prise en charge directe par un OPCA. Précisez le nom de votre OPCA :

L'accord de prise en charge doit nous parvenir 2 semaines avant le stage.

À défaut, la facture sera adressée à la société du stagiaire.

### À retourner :

- par email :

**formation.mobile@toshiba-hvac.fr**

- (ou) par courrier pour les  
règlements par chèque :

**Centre de formation CERER,  
283, vieille route de Cornillon,  
13300 Salon de Provence**

Nom et qualité du signataire :

Date :

Cachet de l'entreprise :

Signature :