

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION**

**COORDONNEES DU PARTICIPANT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / 19 \_\_

Poste Occupé : \_\_\_\_\_

Statut : Salarié  Chef d'entreprise salarié  Gérant salarié

Chef d'entreprise non salarié  Gérant non salarié

Adresse :

-----  
-----

E-mail :

-----

Téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**VOTRE INSCRIPTION A LA FORMATION :**

**Bonnes Pratiques d'Hygiène en Restauration  
&  
La Qualité Alimentaire**



**Durée : 14 h -**

**Prix : 345 € TTC – Chèque N° \_\_\_\_\_**

**Les 02 et 03 Septembre 2019 à Epinal**

**Tampon et Signature :**

Le \_\_ / \_\_ / 2019