

Formulaire de demande de devis formation

| | |
|---|--|
| Nom de l'entreprise | |
| Numéro Siret | |
| Nom - Prénom de la personne référent | |
| Adresse de facturation | |
| N° Téléphone | |
| Adresse mail | |
| Type de Formation choisi | |
| Mois de formation souhaitée (1 session par mois) | |
| Type de restauration (traditionnelle, ambulante...) pour l'HACCP | |
| Nombre de personne à former | |
| La ou les personnes formées sont-elles en situation de handicap | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, quels sont les moyens matériels, techniques à mettre à disposition afin d'étudier la faisabilité de l'action de formation ? |
| Autres précisions | |