

# BULLETIN D'INSCRIPTION FORMATION

HYGIENE ALIMENTAIRE EN RESTAURATION COMMERCIALE 2 JOURS  
Tarif NET DE TVA (OF exonéré de TVA – tarif nous consulter)

MERCI D'ECRIRE LISIBLEMENT

## INFO STAGIAIRE

Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom d'épouse (s'il y a lieu) : .....  
 Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
 Département de naissance : .....  
 Adresse personnelle : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....  
 Téléphone : ..... Mail : .....

## INFO POINT DEVENTE / BAR / RESTAURANT :

Nom : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....  
 Téléphone : ..... Mail : .....  
 Société en cours d'enregistrement ou de création  
 Facture à établir à l'ordre du stagiaire / point de vente / autre :

## QUELLE EST VOTRE ACTIVITE DE RESTAURATION ?

- Restauration traditionnelle
- Restauration rapide
- Cafétéria – libre service
- Autre : table d'hôtes hors cadre réglementaire

Date de formation choisie :

Lieu de formation choisi :

**Signature obligatoire** (J'atteste par ma signature avoir eu connaissance des conditions générales de vente du cabinet de formation ARTEFAQS que j'accepte sans réserves) :

A renvoyer obligatoirement accompagné de votre règlement à :

**ARTEFAQS**

**110 RUE ANTHIME RAVOIRE – 13300 SALON DE PROVENCE**

0

SOCIETE MARSEILLAISE DE CREDIT SMC			
CODE BANQUE	CODE AGENCE	NUMERO DE COMPTE	CLE RIB
30077	04871	13625400200	42
DOMICILIATION : SALON DE PROVENCE			
IBAN FR76 3007 7048 7113 6254 0020 042			
BIC SMCTFR2A			
TITULAIRE DU COMPTE ARTEFAQS SARL COMPTE COURANT			

**IMPORTANT**  
**Indiquer sur**  
**l'ordre de**  
**virement**  
**les mentions :**  
**« HYG + votre**  
**nom + lieu du**  
**stage »**