



Merci de retourner votre bulletin d'inscription :

Par mail : cstb-formations@cstb.fr
Par courrier : CSTB Formations
84 avenue Jean Jaurès - Champs-sur-Marne
77447 Marne-la-Vallée Cedex 2

Demandes d'informations :

Par mail : cstb-formations@cstb.fr
Par téléphone : 01 40 50 29 19 / 28 61
Site web : formations.cstb.fr



FORMATION (1 BULLETIN PAR STAGE)

Code formation :	Titre :		
Lieu :	Date :	Tarif :	€ net de taxes

Tarifs spécifiques demandeur d'emploi et enseignant/formateur sur justificatif (cf. CGV)

PARTICIPANT

PARTICIPANT 1

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	Prénom :	Nom :
Fonction* :	Téléphone :	
E-mail (obligatoire)* :		

PARTICIPANT 2

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	Prénom :	Nom :
Fonction* :	Téléphone :	
E-mail (obligatoire)* :		

ENTREPRISE

Raison Sociale :		
Adresse :		
Code postal :	Ville :	
N° SIRET* :	N° de TVA :	Code APE :

FILIÈRE (obligatoire)

<input type="checkbox"/> Urbaniste / aménageur	<input type="checkbox"/> Architecture	<input type="checkbox"/> Industriel / fabricant	<input type="checkbox"/> Négoce / distribution
<input type="checkbox"/> Promoteur / constructeur	<input type="checkbox"/> Economie de la construction	<input type="checkbox"/> Exploitant	<input type="checkbox"/> Fédération / syndicat
<input type="checkbox"/> Collectivité / administration	<input type="checkbox"/> Bureau d'études / ingénierie	<input type="checkbox"/> Administrateur de biens / syndic	<input type="checkbox"/> Enseignement
<input type="checkbox"/> Bailleur social	<input type="checkbox"/> Bureau de contrôle	<input type="checkbox"/> Expert judiciaire / expert construction	<input type="checkbox"/> Particulier
<input type="checkbox"/> Santé / établissement de soin	<input type="checkbox"/> Entreprise de bâtiment	<input type="checkbox"/> Assurance	<input type="checkbox"/> Autre

PERSONNE CHARGÉE DE LA GESTION ADMINISTRATIVE DE L'INSCRIPTION

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	Prénom :	Nom :
Fonction :	Téléphone* :	
E-mail (obligatoire)* :		

RESPONSABLE FORMATION (si différent)

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	Prénom :	Nom :
Téléphone :	E-mail :	

FACTURATION

ÉTABLISSEMENT À FACTURER (si différent) **PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION PAR UN OPCO⁽¹⁾**

(1) OPCO (Opérateurs de compétences). Il vous appartient de vérifier l'imputabilité de votre formation auprès de votre OPCO et de faire votre demande de prise en charge avant la formation. Un accord de prise en charge écrit doit nous parvenir par courrier de sa part **avant le début de la formation**. Dans le cas contraire, le client sera facturé de l'intégralité du coût de la formation.

Raison sociale ou OPCO :	
Personne à contacter :	Téléphone :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Votre n° de bon de commande/référence à reporter sur la facture (si besoin) :	

***Indispensable à l'envoi de documents administratifs**

Je déclare avoir pris connaissance et accepté, dans toutes ses dispositions :
 les conditions générales de vente du CSTB et le règlement intérieur du CSTB.
Ces documents sont téléchargeables sur notre site : formations.cstb.fr

Date :
Signature et cachet de la société :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique par le CSTB en tant que responsable du traitement pour la gestion et le suivi des commandes, l'envoi d'enquêtes satisfaction, le respect de nos obligations légales, l'envoi de lettres d'information dans le domaine du bâtiment, la prospection commerciale. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données personnelles. Vous pouvez également vous opposer au traitement réalisé, en demander la limitation, ainsi que formuler une demande de portabilité de vos données personnelles. Il vous est possible d'exercer ces droits par mail à : dpo@cstb.fr

(2) Ceci n'est pas un agrément d'état