



# BULLETIN D'INSCRIPTION 2021

## 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

Mme  M. Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Fonction\* : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail (obligatoire)\* : \_\_\_\_\_

#### Précisez votre souhait de modalité de participation

- Je souhaite le présentiel si le contexte le permet mais je suivrais la formation en distanciel si ce n'est pas possible sur site  
 Je souhaite suivre la formation uniquement en distanciel (si disponible pour la formation choisie, se renseigner auprès du CSTB)  
 Je souhaite assister à la formation uniquement sous un format présentiel

### PARTICIPANT 2

Mme  M. Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Fonction\* : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail (obligatoire)\* : \_\_\_\_\_

#### Précisez votre souhait de modalité de participation

- Je souhaite le présentiel si le contexte le permet mais je suivrais la formation en distanciel si ce n'est pas possible sur site  
 Je souhaite suivre la formation uniquement en distanciel (si disponible pour la formation choisie, se renseigner auprès du CSTB)  
 Je souhaite assister à la formation uniquement sous un format présentiel

## ENTREPRISE

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

### FILIÈRE (obligatoire)

Urbaniste / aménageur (liste déroulante)

### PERSONNE CHARGÉE DE LA GESTION ADMINISTRATIVE DE L'INSCRIPTION

Mme  M. Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Fonction : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
E-mail (obligatoire)\* : \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE FORMATION (si différent)

Mme  M. Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

## FACTURATION

ÉTABLISSEMENT À FACTURER (si différent)  PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION PAR UN OPCO<sup>(1)</sup>

(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](http://formations.cstb.fr)

Date : \_\_\_\_\_  
Signature et cachet de la société : \_\_\_\_\_