**Bulletin d’inscription**

A renvoyer par mail à [**formation@bipea.org**](mailto:formation@bipea.org)

Un bulletin par stage et par personne.

Les contenus de nos formations sont protégés par le droit d’auteur. Ils sont la propriété exclusive de BIPEA. Toute représentation et/ou reproduction totale ou partielle (enregistrement, impression, communication, etc.) d’un contenu sans l’autorisation préalable expresse de BIPEA est interdite et pourrait constituer une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

*Merci de renseigner toutes les informations demandées.*

**Intitulé** : **VERIFICATION DES METHODES D’ANALYSE EN MICROBIOLOGIE DES ALIMENTS SELON LA NORME ISO 16140-3**

Lieu : En visioconférence

Dates : 2 sessions disponibles, merci de cocher une seule case :

- **16 et 17 mai 2024** VISIOCONFERENCE❑

- **3 et 4 octobre 2024** VISIOCONFERENCE❑

Montant HT : 940 € HT pour les 2 jours et par stagiaire

**Participant**

❑ Mme ❑ M. Nom ............................................................... Prénom .......................................................

Fonction .........................................................................................

Téléphone ............................................. E-mail .............................................................................................

**Adhérent Code Adhérent *(si applicable)*** : ........................

Raison sociale .....................................................................................................................................................

Rue .....................................................................................................................................................................

Code postal ............................ Ville .............................................................................................................

Responsable formation / RH

❑ Mme ❑ M. Nom ............................................................... Prénom .......................................................

Fonction .........................................................................................

Téléphone ........................................... E-mail ..............................................................................................

Signataire de la convention de formation

❑ Mme ❑ M. Nom ................................................................. Prénom .......................................................

Fonction .........................................................................................

Téléphone ........................................... E-mail ..............................................................................................

**Facturation**

Adresse de facturation

Rue .....................................................................................................................................................................

Code postal ............................ Ville .............................................................................................................

❑ Copie de la feuille d'émargement avec la facture

❑ Autres documents souhaités ........................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **Règlement par un OPCA** ❑  Nom de l’OPCA .......................................................................  N° Adhérent .............................................................................  N° de dossier ...........................................................................  Responsable du dossier pour l’OPCA  ❑ Mme ❑ M.  Nom / Prénom .........................................................................  Fonction ...................................................................................  Téléphone ................................................................................  E-mail ......................................................................................  Rue ..........................................................................................  Code postal ................. Ville.....................................................  *Les modalités sont définies dans la Convention de Formation* | **Règlement par votre organisme ❑**  Je soussigné(e),  Mme/M. .................................................................  Déclare valide ce bulletin d'inscription.  N° de commande : ..............................................  A : ................................................  Le : ................................................  *Cachet et signature* |

RÉGLEMENT : par chèque ou par virement bancaire libellé à l’ordre du BIPEA à notre banque Crédit du Nord : IBAN FR76 3007 6021 3710 6319 0020 035 - Swift NORDFRPP.

Organisme de formation enregistré sous le N° 11.92.04943.92. - DATADOCK ID n° 0036212 -

N° de TVA Intracommunautaire : FR 06 338 310 196

Après réception de ce bulletin d'inscription rempli et signé, vous recevrez une Convention de Formation établie, selon les textes en vigueur, sur le mail du :

❑ Responsable formation / RH

❑ Signataire de la convention de formation.

*Merci de cocher la ou les case(s) souhaitée(s).*

**Validation des prérequis**

**&**

**Attentes et objectifs**

**PREREQUIS**

* Connaissez-vous les exigences de la norme NF EN ISO 16140-3 ?

□ OUI □ NON

Commentaires :

**ATTENTES ET OBJECTIFS**

* Quelles sont vos attentes par rapport à cette formation ?

* Quels sont les objectifs que vous voulez atteindre ?