



# Bulletin d'inscription Formation HACCP

20 et 21 novembre 2017

NOM et prénom : .....

Fonction : .....

Adresse personnelle : .....

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

Email : ..... Téléphone : .....

**Employeur** : .....

Adresse : .....

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

Email : ..... Téléphone : .....

**Structure** : .....

Adresse : .....

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

Email : ..... Téléphone : .....

**Facturation** (si différente de l'adresse employeur) :

Adresse : .....

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

Email : ..... Téléphone : .....

**Bulletin à retourner à l'adresse suivante :**

**ARIFTS – Site Nantais**  
Service Formation QUALIFIANTE  
10 rue Marion Cahour - 44400 REZÉ  
Tél : 02.40.84 34 55 - Fax 02.51.70.16.84  
mel : [fg-sn-mm@arifts.fr](mailto:fg-sn-mm@arifts.fr)