

**FORMATION CERTIFIANTE ELIGIBLE CPF**  
**«COMMUNICATION INTERPERSONNELLES» PROCESS COM'MODEL®**

**Formation 4 jours**  
**Dates à consulter sur notre site : [www.kernac.com](http://www.kernac.com)**

à Lyon ou  à Paris **Dates :** .....

Sera prise en charge par :

mon employeur  autres (à préciser) :

**Participant/e : (M, Mme)**

Prénom et Nom : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

**INSCRIPTION ENTREPRISE et/ou ORGANISME FINANCEUR**

Nom(s) : \_\_\_\_\_

Forme juridique : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Siret : \_\_\_\_\_ Naf : \_\_\_\_\_

Adresse de la facturation : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

**Personne «représentante» pour la convention de formation : (M, Mme)**

Prénom et Nom : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

**Responsable Formation : (M, Mme, Mlle)**

Prénom et Nom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_ Signature :

**OPCA ou AUTRE ORGANISME de prise en charge, coordonnées :** \_\_\_\_\_

En cas de paiement effectué par un OPCA ou autre organisme, il appartient au bénéficiaire de s'assurer de la bonne fin du paiement par l'organisme concerné. En cas de prise en charge partielle, la part non prise en charge sera directement facturée au Client. Si l'accord de prise en charge de l'Organisme ne parvient pas à la Société au premier jour de la formation, la Société se réserve la possibilité de facturer la totalité des frais de formation au Client. L'organisme bénéficiaire de la formation reste responsable du paiement de 100% des montants facturés en cas de défaillance ou du refus de paiement de l'organisme de financement (en particulier dans le cas d'annulation de formation).

**SIGNATURE :**