**Formulaire d’inscription**

**Formation sur la nouvelle classification de la branche OPCHS**

**Bulletin d’inscription à retourner à : fr-classification-oph-coop-hlm@kpmg.fr**

**Participant** (1 bulletin d’inscription par participant)

Nom : …………………………………………………Prénom :……………………………………………………..

Fonction : …………………………………………..  Tél : …………………………………………..………………

Adresse e-mail du participant : **………………………………………...**

**Entreprise**

|  |  |
| --- | --- |
| * OPH
 | * COOP’HLM
 |

Fédération de rattachement

* FOPH ❑ FEDERATION COOP HLM

Nom de Entreprise : ……………………………………………………………… Effectif : ……………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………..

SIRET : …………………………………………………………NAF : **……………………………………..**

**Personne habilitée à engager l’entreprise :**

Nom : …………………………………………………..……….. Prénom ……………………..……………

Fonction : …………………………………………..………..

Mail : ………………………………………..… Tél : ………………………………………

**Facturation:**

Email du contact administratif au sein de l’entreprise …..……..………………………….

Email pour envoi facture : ..……..…………………………..

**Session :**

**Public :**

|  |  |
| --- | --- |
| * Dirigeants, Responsables et/ou Chargés de ressources humaines, Managers
 | * Représentants du personnel, activités représentatives et/ou syndicales
 |

**Date(s) de la session souhaitée** *(sous réserve du nombre de places disponibles)*:

………/………/…….. (choix n°1) *………/………/…….. (choix n°2) ………/………/…….. (choix n°3)*

**En cas de formation en présentiel – Déjeuner** *(Préciser d’éventuelles allergies, intolérances alimentaires, régime spécifique)* : **………………………………………………………………………………………**

**Rappel Tarifs**

|  |  |
| --- | --- |
| **OPH** | Durée : 1 jour soit 7 heures |
| Distanciel :  | 220 € HT **264 €TTC/ participant** (\*) |
| Présentiel : | 220 € HT+ maxi 25 € HT de frais de repas Soit : **264 € TTC**(+) **+ 30€ TTC** (\*) **/ participant** |

(\*) tva en sus / taux en vigueur à la date de réalisation de la formation

**Signature et cachet de l’entreprise**

Fait à : Cachet et Signature

Le