



## BULLETIN DE PARTICIPATION

### FORMATION « 5 JOURS POUR REPENDRE »

SESSION DU :

SOCIETE : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TELEPHONE : ..... PORTABLE : .....

FAX : .....

E-MAIL : .....

Participera

Ne participera pas

#### Participation aux frais

**450 € nets de taxes par personne**

Merci de bien vouloir nous établir le chèque à l'ordre de : C.C.I.P. - Délégation de Paris

*Ce bulletin est à retourner, accompagné de votre règlement, à l'adresse ci-dessous :*

C.C.I.P. - Délégation de Paris  
Service Reprise-Transmission  
2 rue de Viarmes  
75001 Paris

☎ 01.55.65.49.11 - 📠 01 55.65.49.34 - E-mail : [ijouin@ccip.fr](mailto:ijouin@ccip.fr)