



## CHIFFRER

# DÉTERMINER LA DURÉE DES ACTIVITÉS NON RÉPÉTITIVES

### PARTICIPANT

Confirmez-vous avoir les prérequis

Prénom\*

Nom\*

Poste occupé

### SERVICE

Téléphone\*

Email\*

### ENTREPRISE

Société\*

Adresse\*

Ville\*

Code postal\*

SIRET

N° TVA

---

### ADRESSE DE FACTURATION

SI DIFFÉRENTE

Adresse

Ville

Code postal

---

### RESPONSABLE FORMATION

Prénom\*

Nom\*

Téléphone\*

Email\*

---

En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient exploitées dans le cadre de la demande de devis et de la relation commerciale qui peut en découler. Pour connaître et exercer vos droits notamment de retrait de votre consentement à l'utilisation des données collectées par ce formulaire, veuillez consulter notre politique de confidentialité et gestion des cookies



à enregistrer au format PDF et à nous renvoyer  
en pièce jointe par email à  
[info@prismconseil.fr](mailto:info@prismconseil.fr)  
ou par fax au 09 72 11 68 24

**ENREGISTRER**

**ENVOYER**