



**DIAGNOSTIQUER**

**RÉALISER UN DIAGNOSTIC DES FLUX AVEC LA VSM (VALUE STREAM MAPPING)**

### **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**