

Intitulé de la formation :

Lieu :

Date(s) : du 06/03/2023

Durée prévisionnelle totale (en heures) : 1 jour soit 7 heures

Durée réelle totale à la date de facturation (en heures) : 1 jour soit 7 heures

NOM STAGIAIRE	PRENOM STAGIAIRE	SOCIETE	Date de naissance	N° Départ. Naissance	Par ma signature J'atteste avoir reçu la formation ci-dessus nommée.			
					20/03/2023 (8h30-12h00)	20/03/2023 (13h30-17h00)		
INTERVENANT(S) Par ma signature j'atteste avoir dispensé la formation ci-dessus nommée.								
M.								

Fait pour valoir ce que de droit