

Je m'inscris à :	Je choisis la ou les dates :	Tarif normal	Tarif AIMCC 5% de réduction*
<input type="checkbox"/> Parcours Certifiant : le BIM pour les industriels (PCBIM33)	<input type="checkbox"/> 3 et 4 octobre <input type="checkbox"/> 4 et 5 décembre	1 290€	1 225,5€
<input type="checkbox"/> Industriels : structuration des datas produits et systèmes pour le BIM (BIM34)	<input type="checkbox"/> 3 octobre <input type="checkbox"/> 4 décembre	790€	750,5€
<input type="checkbox"/> Industriels : exploitation des datas produits et systèmes dans le BIM (BIM35)	<input type="checkbox"/> 4 octobre <input type="checkbox"/> 5 décembre	790€	750,5€
<b>TOTAL</b>			

\*Réduction de 5% pour les industriels adhérents à une Organisation Professionnelle membre de l'AIMCC.

Organisation Professionnelle d'appartenance : \_\_\_\_\_

## ENTREPRISE

Raison sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : | | | | | Ville : \_\_\_\_\_

N° Siret : | | | | | N° de TVA : | | | | | Code APE : \_\_\_\_\_

<b>FILIERE</b> (mention obligatoire)	<input type="checkbox"/> Maîtrise d'ouvrage	<input type="checkbox"/> Exploitant	<input type="checkbox"/> Enseignant/ Formateur
	<input type="checkbox"/> Maîtrise d'œuvre	<input type="checkbox"/> Industriel	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
	<input type="checkbox"/> Entreprise	<input type="checkbox"/> Bureau de contrôle / Expert judiciaire et d'assurance	

## ■ ETABLISSEMENT A FACTURER (si différent) ou ■ PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION PAR UN OPCA<sup>(1)</sup>

(1) OPCA (Organisme Paritaire Collecteur Agréé) : AGEFOS, FAFIEC... Il vous appartient de vérifier l'imputabilité de votre formation auprès de votre OPCA et de faire votre demande de prise en charge avant la formation. Un accord de prise en charge écrit doit nous parvenir par courrier de sa part **avant le début de la formation**. Dans le cas contraire, le client sera facturé de l'intégralité du coût de la formation.

Raison sociale ou OPCA : \_\_\_\_\_

Personne à contacter : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : | | | | | Ville : \_\_\_\_\_

## PARTICIPANT

Mme  M. Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_ Email<sup>(2)</sup>: \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Formation effectuée dans le cadre :  Plan de formation  Période de professionnalisation  Demandeur d'emploi  Particulier

## ■ RESPONSABLE FORMATION ou ■ PERSONNE CHARGÉE DE LA GESTION ADMINISTRATIVE DE L'INSCRIPTION

Mme  M. Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ Email<sup>(2)</sup>: \_\_\_\_\_

Votre n° de bon de commande/référence à reporter sur la facture (si besoin) : \_\_\_\_\_

(2) Indispensable à l'envoi des documents administratifs

Je déclare avoir pris connaissance et accepté, dans toutes leurs dispositions, les conditions générales de vente du CSTB, consultables dans la plaquette Formations 2017 du CSTB, page 20 et téléchargeables sur notre site: [formations.cstb.fr](http://formations.cstb.fr)

<p><b>Merci de retourner votre bulletin d'inscription</b></p>		<p><b>RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CSTB FORMATIONS</b></p> <p>N° DE DECLARATION D'ACTIVITE<sup>(3)</sup> : 1175 025 8675</p> <p>SIRET : 77568822900027</p> <p>CODE APE : 7219Z</p> <p>(3) Ceci n'est pas un agrément d'état</p>	<p>Date :     /     /</p> <p>Signature et cachet de la société :</p>
<p><b>PAR EMAIL :</b> cstb-formations@cstb.fr</p>	<p><b>PAR COURRIER</b> CSTB Formations 84 avenue Jean Jaurès Champs-sur-Marne 77447 Marne-la-Vallée cedex 2</p>		
<p><b>DEMANDE D'INFORMATIONS :</b> cstb-formations@cstb.fr ou 01 40 50 29 19 / 28 61</p>			