**FICHE D’INSCRIPTION FORMATION SYSCOHADA REVISE**

**Cette fiche est à retourner impérativement (remplie et scannée) par mail dans les meilleurs délais au cabinet ACS-SARL :**

**E-mail :**  [cacs.bf@fasonet.bf](mailto:cacs.bf@fasonet.bf) ; [h.ouedraogo@cacsbf.com](mailto:h.ouedraogo@cacsbf.com)

**Tél (fixe): (226) 25 31 05 03 / (mobile) 70 16 43 41 / 72 11 20 20**

**RENSEIGNEMENTS SUR LES PARTICIPANTS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOM & PRENOMS** | **FONCTION** | **CONTACTS DU PARTICIPANT** | **MONTANT** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |
|  |  |  | **TOTAL A PAYER** |  |

**INFORMATIONS SUR LA STRUCTURE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dénomination de la structure** : | | | |
| Nom et prénom du 1er Responsable : | | Titre : | |
| Boîte postale : | Tél : | Fax : | |
| E-mail : | |  |  |

**Mode de paiement contre reçu** :

* Chèque au nom du Cabinet :
* Virement\* :
* Espèce :

**Signature de l’entité**

**N.B. : Compte tenu du nombre de places très limitées, les demandes d’inscriptions seront validées sur la base des paiements effectués par ordre d’arrivée et après appréciation par les organisateurs. .**