FORMULAIRE D'INSCRIPTION

A renvoyer par courrier accompagné de votre chèque d'arrhes (Pour les formations en financement personnel uniquement) à l'adresse suivante :

SAS PROLUNA – IPAL
CAP LUBERON
472 Traverse de Roumanille
ZI Les Bourguignons
84400 APT
Téléphone : 06.16.85.19.81
contact@ipal-formation.com

NOM : ……Prénom : …… Adresse :……

Téléphone :…… .E-mail : ……. Profession : ……

Connaissance des huiles essentielles : OUI NON UN PEU
Connaissance des plantes : OUI NON UN PEU

Avez-vous suivi ou suivez vous des formations dans le domaine du bien-être ? si oui lesquelles ?

Votre objectif pour la formation choisie : personnel / professionnel (précisez)

Intitulé de la formation choisie : ……..

Formation par correspondance ? OUI NON

Ville (formation en présentiel) : Date(s) choisie(s) :

Financement personnel : Chèque d'arrhes à l'ordre de IPAL – SAS PROLUNA:

- Pour les formations en présentiel : le chèque d'arrhes et de 30% du montant de la formation (chèque encaissé lors du démarrage uniquement)
- Pour les formations par correspondance/ à distance : Nous contacter par mail ou par téléphone.

Financement par les établissements de santé (hors CPF) :

- Le formulaire est à renvoyer par mail sans chèque d'arrhes.

☐ Je confirme avoir lu et compris les « Conditions Générales de Ventes » et je les accepte
Consultables sur notre site internet www.ipal-formation.com

Date: Signature :