

# FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENT POUR UN MODULE DE FORMATION DU CATALOGUE CHAMBRE DES METIERS

A remplir par module et par participant

Prière de renvoyer par email à [formations@cdc-gtb.lu](mailto:formations@cdc-gtb.lu) ou [formations@cdc-par.lu](mailto:formations@cdc-par.lu)

## DONNEES RELATIVES AU MODULE

|                      |  |          |   |
|----------------------|--|----------|---|
| Intitulé du module : |  |          |   |
| Code du module :     |  |          |   |
| Session souhaitée :  |  | Langue : | FR <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> |

## DONNEES RELATIVES A L'ENTREPRISE

|                        |  |             |  |
|------------------------|--|-------------|--|
| Nom de l'entreprise :  |  |             |  |
| Adresse (n° et rue) :  |  |             |  |
| Pays / CP / Localité : |  |             |  |
| Numéro de TVA :        |  | Matricule : |  |
| Site Internet :        |  |             |  |

## CONTACT ENTREPRISE

|        |  |          |  |
|--------|--|----------|--|
| Nom :  |  | Prénom : |  |
| Tél. : |  | @ :      |  |

## DONNEES RELATIVES AU STAGIAIRE

|                                  |   |                     |  |
|----------------------------------|---|---------------------|--|
| Civilité :                       | Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> | Matricule CCSS :    |  |
| Nom :                            |   | Prénom :            |  |
| Adresse Rue No :                 |   | Pays - Code postal  |  |
| Localité :                       |   |                     |  |
| Date de naissance :              |   | Lieu de naissance : |  |
| Candidat au Brevet de Maîtrise : | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>         | Code candidat :     |  |

|             |                  |                               |
|-------------|------------------|-------------------------------|
| <b>Date</b> | <b>Signature</b> | <b>Cachet de l'entreprise</b> |
|             |                  |                               |

### Informations supplémentaires :

**Annulation** : Toute annulation d'inscription de la part du Client devra être notifiée aux Centres de Compétences GTB/PAR par écrit au moins 10 jours ouvrables avant la date de début de la formation. En cas d'annulation d'une inscription non dûment notifiée et à défaut de présenter un certificat médical attestant l'incapacité du participant, une facture sera émise par les Centres de Compétences GTB/PAR (Annulation entre 6 et 9 jours ouvrables avant la session : facturation de 50%/prix/personne ; 3 et 5 jours ouvrables : 75%/prix/personne ; moins de 2 jours ouvrables : 100%/prix/personne).

**Remboursement** : Le remboursement des frais d'inscriptions pour les modules de formation spécifiques aux entreprises et qui sont organisés en dehors des Centres de Compétences GTB/PAR ne pourra se faire que sur base d'un accord préalable des Centres de Compétences GTB/PAR.

**Protection des données personnelles** : Ces données sont strictement confidentielles et sont traitées conformément aux dispositions légales de la loi du 2 août 2002 et la directive européenne relatives à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**Prière de cocher la case**  En cochant cette case et par votre signature vous autorisez les Centres de Compétences GTB/PAR à transmettre certaines données vous concernant à des tiers en vue de l'émission de certificats et d'attestations. En cochant cette case et en signant ce document, vous reconnaissez également avoir lu et accepté les Conditions Générales des Centres de Compétences GTB/PAR (<https://www.cdc-gtb.lu/documents/>).