

Renseignements client obligatoires

Code Tiers client (si connu) :

	Demandeur	Payeur (si différent)
Nom Prénom/ Raison sociale :		
Adresse postale :		
Téléphone / Mail		

Demande de formation

Votre demande concerne ?

- ☐ Une cuisine centrale
☐ Une cuisine autonome
☐ Une cuisine satellite
☐ Un restaurant commercial
☐ Autres :
 Souhaitez-vous une formation : ☐ Bonnes pratiques d'hygiène (7h) ☐ HACCP(7h)
☐ Une formation sur mesure (Préciser) :
- ☐ Une industrie agroalimentaire
 Préciser le domaine :
☐ Une crèche
 Un atelier artisanal : Boucherie,
☐ Boulangerie, traiteur,
 préciser :

Raison de la demande :

(Préciser) :

Souhaitez-vous :

- ☐ Une formation en inter sur un site de LABÉO
☐ Une formation en intra dans votre structure, précisez l'adresse :

Avez-vous déjà fait appel à LABÉO pour la même formation : ☐ Oui ☐ Non

Si oui à quelles dates :

Quel était la formation suivie ?

Combien de personnes souhaitez-vous former ? :

Préciser le nombre de formation souhaitée (maximum 12 personnes/sessions)

Un ou des collaborateurs sont-ils en situation de handicap ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pouvez-vous svp préciser de quels types de handicap il s'agit :

- ☐ Mental ☐ Auditif ☐ Maladie invalidante ☐ Cognitif
☐ Visuel ☐ Moteur ☐ Psychique

LABÉO mobilisera nos prestataires externes, afin d'adapter les prestations à la situation de handicap rencontrée et permettre à votre collaborateur d'accéder et de profiter au mieux de la formation.

Quand souhaitez-vous que la/les formation(s) soient réalisée(s) ? (La/Les date(s) indiquée(s) ne vaudra pas acceptation, LABÉO reviendra vers vous après la réception du devis signé)

.....

Horaire de formation souhaité :

Pôle d'analyses et de recherche de Normandie

Avez-vous d'autres informations à nous apporter ?.....

.....

.....

.....

La demande initiale a été réalisée par :

Par ☐ Mail ☐ Téléphone ☐ Site internet, le : / /

Nom de la formation :

Le client a-t-il été recontacté :

☐ Oui ☐ Non

Durée de la formation pour la réalisation des devis :

☐ 7h

☐ 4h

☐ Autre :

Par ☐ Mail ☐ Téléphone, le : / /

Durée de la formation :

Des frais de déplacement devront-il être appliqués :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien :

Attribution de la réalisation de la formation à :

Dates planifiées :

Commentaire

Afin de prendre en compte votre demande de devis, pouvez-vous svp nous retourner ce document dument complété à l'adresse mail suivante :

marjorie.lormelet@laboratoire-labeo.fr