

## DEMANDE RENSEIGNEMENTS POUR UNE FORMATION DE CONTROLATOM

### DONNÉES DU CLIENT

Nom société	
N° client chez Controlatom	
Rue + N°	
CP + Commune	

### DONNÉES DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE DEMANDE ET FACTURATION

Nom	
Téléphone	
Fax	
Email	

### DONNÉES DE LA PERSONNE DE CONTACT POUR LA FORMATION

Nom	
Téléphone	
Fax	
Email	

### TYPE DE FORMATION SOUHAITÉ (veuillez cocher la case correspondante)

<input type="checkbox"/>	Formation de base en radioprotection
<input type="checkbox"/>	Formation selon art. 25 (A.R.20/07/01) – information annuelle obligatoire
<input type="checkbox"/>	Formation ADR – transport
<input type="checkbox"/>	Formation de préposé à la surveillance
<input type="checkbox"/>	Autre : .....

**Nombre de personnes prévues:** .....  
 (voir nombre maximum par formation, si nécessaire en plusieurs séances)

**Dates proposées pour la formation:** .....  
 (date finale en accord avec le formateur)

### LIEU DE FORMATION SOUHAITÉ

<input type="checkbox"/>	En nos bâtiments (adresse ci-dessus)
<input type="checkbox"/>	En nos bâtiments, à l'adresse :
	Rue + N°:
	CP + Commune:
<input type="checkbox"/>	Dans les bâtiments de Controlatom à Vilvoorde (maximum 10 personnes)

### MATERIEL À DISPOSITION DANS NOS BATIMENTS

<input type="checkbox"/>	Projecteur multimédia
<input type="checkbox"/>	Rétroprojecteur
<input type="checkbox"/>	Aucun matériel n'est à disposition (prise en charge par le formateur)

**Date:**

**Signature:**