

Veillez reproduire ce formulaire si vous inscrivez plus d'un participant.

Nom de l'entreprise : _____
 Adresse : _____ Ville : _____
 Code postal : _____ Courriel général : _____
 Téléphone : _____ Télécopieur : _____

TYPE D'ORGANISATION (choisir une seule catégorie)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agence de publicité | <input type="checkbox"/> Chambre de commerce | <input type="checkbox"/> École de tous niveaux |
| <input type="checkbox"/> Association sectorielle | <input type="checkbox"/> CLD (Centre local de développement) | <input type="checkbox"/> Festivals ou événements |
| <input type="checkbox"/> Association touristique | <input type="checkbox"/> Club social d'entreprise | <input type="checkbox"/> SDC (Société de développement commercial) |
| <input type="checkbox"/> Attraction touristique | <input type="checkbox"/> Corporatif | <input type="checkbox"/> Services de loisirs municipaux |
| <input type="checkbox"/> Centre commercial | <input type="checkbox"/> Corporation touristique | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____ |

PROFIL DU PARTICIPANT

Nombre d'année (s) d'expérience en organisation d'événements : _____ année (s)

Indiquez les principales tâches que vous effectuez dans le cadre de vos fonctions :

Indiquez ce que vous vous attendez à recevoir comme contenu de formation :

Membre de Festivals et Événements Québec ou la Société des Attractions Touristiques du Québec ? Oui Non

Nom du délégué : _____	Courriel personnel : _____	Choix de la formule		
		Atelier	Conférence	Tarif
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Si une annulation s'effectue en deçà de 10 jours ouvrables de l'événement, un montant de 20 % vous sera facturé pour frais d'administration. Si une annulation s'effectue en deçà de 2 jours, le montant total de l'inscription vous sera facturé.

Veillez prendre note qu'un minimum de 20 participants est nécessaire pour la tenue des formations.

Sous-total :	
T.P.S. (104911094RT0001) + 5 %	
Sous-total :	
T.V.Q. (1012359817TQ001) + 7.5 %	
Montant total :	

PAIEMENT

Chèque * Visa Master Card Numéro de la carte : _____
 Expiration : _____
 Nom du détenteur de la carte de crédit : _____

Signature : _____ Date : _____

Afin de compléter votre inscription, veuillez nous faire parvenir votre formulaire par télécopieur au 514 254-1617

* Pour les paiements par chèque, veuillez nous faire parvenir ce formulaire accompagné du paiement à l'ordre de :