|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A renvoyer :**   * **Par mail :** [**academy@spmt-arista.be**](mailto:academy@spmt-arista.be) * **Par courrier : spmt arista (Service Academy)**   **Rue Royale 196**  **1000 Bruxelles** | | | | |
| **Journée des Personne de Confiance - Inscription** | | | | |
| Nom : |  | | | |
| Prénom : |  | | | |
| Fonction : |  | | | |
| Votre entreprise : |  | | | |
| Votre entreprise est affiliée au **spmt arista** ? | | OUI / NON | Si oui, n° de client : |  |
| Un N° de Tel ou GSM : | |  | | |
| Une adresse Mail : | |  | | |
| Adresse facturation : | |  | | |
| Avez-vous suivi la formation de base de personne de confiance ? | | OUI / NON | | |
| Signature : | | | | |
| Je marque mon accord sur le fait que spmt arista traite mes données à caractère personnel pour les finalités propres à ma demande. Plus d’infos sur <http://www.spmtarista.be/fr/declaration-de-confidentialite> | | | | OUI / NON |