**S'inscrire**

Haut du formulaire

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Civilité**   Madame  Mademoiselle  Monsieur | |
| **Nationalité** |  |
| **Date de naissance (xx/xx/xxxx)** |  |
| **Numéro de carte d'identité ou de passeport** |  |
| **Lieu de naissance** |  |
| **Fonction** |  |
| **Statut**   Top management  Middle management  Chef d'entreprise PME  Autres | |
| **Formation de base** | |
| **Année du diplôme (xxxx)** |  |
| **Formations complémentaires** | |
| **Expériences professionnelles** | |
|  | |
| **Coordonnées de contact :**   Professionnelle  Privée | |
| **- Rue et numéro** |  |
| **- Localité** |  |
| **- Code postal** |  |
| **- Téléphone** |  |
| **- GSM** |  |
| **- Fax** |  |
| **- Adresse électronique** |  |
|  | |
| **Nom de l'entreprise / institution :** |  |
| **- Secteur d'activités**   Commerce et distribution  Industrie  Finance  Pouvoirs publics  Non marchand  Service  Autres | |
| **- Taille**   Jusqu' à 200 collaborateurs  Plus de 200 collaborateurs | |
|  | |
| **Si vous vous inscrivez à titre privé, vous pouvez directement valider votre inscription sans compléter les champs ci-dessous. Dans le cas contraire, ces renseignements nous sont nécessaires:** | |
| **- Dénomination sociale exacte, forme juridique** |  |
| **- Rue et numéro du siège social** |  |
| **- Code postal du siège social** |  |
| **- Localité du siège social** |  |
| **- Numéro unique d'entreprise (BCE) (à précéder de BE si assujetti TVA)** |  |
| **- Adresse de facturation** (si différente des éléments ci-avant) | |
|  | |
| **Je m’inscris à ce programme de formation en ayant pris connaissance du programme détaillé, des modalités et m’engage à payer les frais de participation.**  **Modules choisis en option (indiquez le nombre de personnes):**  **Module 1 :**  **Module 2 :**  **Module 3 :**  **Module 4 :**  La réservation sera effective à la réception du versement d’un acompte de 1600 EUR (2100 EUR si personne accompagnante) sur le compte LSM EXECUTIVE ASBL : CODE IBAN  BE77 5230 8068 1342 - CODE BIC  TRIOBEBB  Le solde est à régler 30 jours avant l’arrivée à Santiago. | |
| **Eventuellement: coordonnées de la personne accompagnante avec qui je partagerai une chambre double:**  (Nom, Prénom, Mme/Mr, nationalité, date naissance, lieu de naissance, numéro de carte d'identité ou passeport) | |
| **Remarques :**   **A renvoyer signé à** [lsmexecutive-chili@uclouvain.be](mailto:lsmexecutive-chili@uclouvain.be)  "**Lu et approuvé", Nom, Prénom, date,** | |
|  | |