PIXEL formation

Adobe CERTIFIED INSTRUCTOR

1.CONTACT

NOM * _____

PRENOM * _____

Poste _____

COMPAGNIE _____

Adresse _____

_____

Ville _____

Province _____ Code Postal |_|_|_|_|_|_|

COORDONNÉES

Courriel * _____

Téléphone * |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Ext. |_|_|_|_|

IM Messagerie Instantanée _____

Me contacter de préférence,

par : ☐ Courriel ☐ Téléphone ☐ Messagerie IM

le : ○ Matin ○ Après-midi ○ Soir

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

* ces champs sont requis.

2.PROJET

SERVICE SOUHAITÉ :

○ Formation ○ Présentation ○ Consultation

PROGRAMME : Choisissez votre programme

VERSION ○ CS2 ○ CS3 ○ CS4 ○ Autre _____

LANGUE ○ Français ○ Anglais

NOMBRE DE PARTICIPANTS :

○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 et +

DURÉE SOUHAITÉE :

○ 3h ○ 1 jour ○ 2 jours ○ Autre _____

NIVEAU ACTUEL :

○ Débutant ○ Intermédiaire ○ Confirmé ○ Autre _____

DATE ENVISAGÉE :

○ Urgent (cette semaine) ○ D'ici 2 semaines ○ D'ici un mois

○ Autre _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

RÉFÉRENCÉ PAR : Comment avez-vous connu PIXEL ?

IMPRIMER ▶ SAUVEGARDER ▶ RÉINITIALISER ▶

Benoît Penneçot | Consultant, Formateur | pixelformation@mac.com | www.pixelf-formation.ca | +1 (514) 298-1230 | TPS : 816561419 - TVQ : 4002264086 | Agrément : 0054795