

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

CERTIFICATION AMF (Partie 1 : Candidat)



TELECHARGER LE PDF - MODIFIER LE PDF - REMPLIR, SIGNER et ENVOYER PAS MAIL A : n.rolland@afg.asso.fr

Candidature présentée à titre individuel :

Candidature présentée par l'employeur :

## CANDIDAT

M  Mme

NOM : .....

PRENOM : .....

NE(E) LE : .. /.. /...

A : .....

CP : .....

Pays : .....

ADRESSE PERSONNELLE : .....

CP : .....

VILLE : .....

TELEPHONE FIXE : .....

PORTABLE : .....

E-MAIL : .....

## FONCTION EXERCEE

- Gérant
- Analyste financier
- Responsable du post marché
- Négociateur d'instruments financiers
- Responsable de la conformité et/ou du contrôle interne
- Responsable de la compensation d'instruments financiers
- Vendeur (commercialisation)
- CIF (Conseiller en investissements Financiers)

Autre (précisez obligatoirement) : .....

## DIPLÔME OBTENU (le plus élevé) :

- Brevet professionnel
- Baccalauréat
- BTS
- DEUG / DUT

- CPA
- Licence
- Doctorat
- PRAM

## Année d'obtention :

- Ecole d'ingénieur
- Ecole de commerce
- Master
- Autre

## 1. CHOISIR VOTRE FORMATION

E-TRAINING - 220 €

INTENS' (présentiel) - 1722 €

Etudiant

## 2. CHOISIR VOTRE DATE D'EXAMEN

- |                                   |                                   |                                   |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 04/05/21 | <input type="checkbox"/> 06/05/21 | <input type="checkbox"/> 18/05/21 | <input type="checkbox"/> 20/05/21 | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> 02/06/21 | <input type="checkbox"/> 08/06/21 | <input type="checkbox"/> 22/06/21 | <input type="checkbox"/> 24/06/21 | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> 06/07/21 | <input type="checkbox"/> 08/07/21 | <input type="checkbox"/> 20/07/21 | <input type="checkbox"/> 22/07/21 | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> 07/09/21 | <input type="checkbox"/> 09/09/21 | <input type="checkbox"/> 23/09/21 | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> 12/10/21 | <input type="checkbox"/> 14/10/21 | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          |
| <input type="checkbox"/> 02/11/21 | <input type="checkbox"/> 04/11/21 | <input type="checkbox"/> 16/11/21 | <input type="checkbox"/> 18/11/21 | <input type="checkbox"/> 30/11/21 |
| <input type="checkbox"/> 02/12/21 | <input type="checkbox"/> 14/12/21 | <input type="checkbox"/> 16/12/21 | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          |



Les informations recueillies ci-dessus sont nécessaires à l'inscription du candidat.

Elles pourront faire l'objet d'un traitement informatisé destiné à AFG Formation et pourront être communiquées à l'employeur et à tout organisme tiers payeur concerné.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification et de suppression des données ci-dessus collectées vous concernant, que vous pouvez exercer à tout moment et gratuitement auprès d'AFG Formation - 41 rue de la Bienfaisance 75008 Paris

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

CERTIFICATION AMF (Partie 2 : EMPLOYEUR / FINANCEUR)



Domiciliation bancaire RIB PARIS ASSOCIATIONS ET FONDATIONS (02837)  
RIB 30004 02837 000 10491419 94 BNP PARIBAS BNPP ASSOCIATION  
IBAN FR76 3000 4028 3700 0104 9141 994  
BIC BNPAFRPPAA

Règlement par virement ou par chèque à l'ordre d'AFG Formation

## **DONNEUR D'ORDRE ET FINANCEUR**

**A compléter par l'employeur pour les candidats présentés à l'examen par leur employeur**

**NOM DE LA STRUCTURE :** .....

### **COORDONNEES RESPONSABLE :**

NOM ET PRENOM : .....

FONCTION : .....

ADRESSE : .....

CP : .. VILLE : ..

TELEPHONE : .. .. .. E MAIL : .....

## **AUTRE FINANCEUR - PRISE EN CHARGE - OPCO, CPF précisez ci-dessous**

**NOM DE LA STRUCTURE :** .....

### **COORDONNEES RESPONSABLE :**

NOM ET PRENOM : .....

FONCTION : .....

ADRESSE : .....

CP : .. VILLE : ..

TEL : .. E MAIL : .....

Date et Signature  
du candidat

Date et cachet  
du Responsable facturation

p2

Les informations recueillies ci-dessus sont nécessaires à l'inscription du candidat.

Elles pourront faire l'objet d'un traitement informatisé destiné à AFG Formation et pourront être communiquées à l'employeur et à tout organisme tiers payeur concerné.

Conformément à la loi informatiques et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification et de suppression des données ci-dessus collectées vous concernant, que vous pouvez exercer à tout moment et gratuitement auprès d'AFG Formation - 41 rue de la Bienfaisance 75008 Paris