



HERMANN HERZER STIFTUNG

Demande de contribution

Nom _____ Prénom _____

Code postale _____ Lieu _____

Adresse _____

Lieu d'origine _____ Date de naissance _____

Téléphone privé _____ Téléphone mobile _____

E – mail _____

Banque _____ IBAN _____

Profession _____

Employeur _____

(Entreprise, adresse, nom de la personne de contact, numéro tél.)

But de la formation _____ Temps/Durée (de / à) _____

Centre de formation _____

Joindre une confirmation du centre de formation, svp !

Lieu, Date _____ Signature _____

A envoyer: Fondation Hermann Herzer, Peter Kofmel, Donnerbühlweg 3, 3012 Bern; peter.kofmel.pk@bluewin.ch