Demand consultation examen oral

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Données personnelles** | | |
| Titre | Monsieur | Madame |
| Prénom |  | |
| Nom |  | |
| Rue / numéro (privée) |  | |
| Code postal / Lieu (privé) |  | |
| Adresse e-mail |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Données d’examen** | |
| Programme de certification | Sélectionnez un élément. |
| Organisation d’examen | Sélectionnez un élément. |
| Date de l’examen | Cliquez pour entrer une date. |
| Date de réception du résultat d’examen | Cliquez pour entrer une date. |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Confirmation et signature** | |
| En signant, je confirme que les informations ci-dessus sont véridique et que je comprends et accepte le guide voies de droit. | |
| Lieu, Date:       , Cliquez pour entrer une date. | Signature |

|  |
| --- |
| 1. **Dépôt de la demande** |
| La demande signée peut être envoyée par e-mail à banking@saq.ch ou par courrier à:  SAQ Swiss Association for Quality  Ramuzstrasse 15  CH-3027 Bern  Vous recevrez la facture de CHF 400.- avec la lettre de confirmation après notre réception de votre demande.  Le guide voies de droit est disponible sur notre site Web https://www.saq.ch/fr/certificats-bancaires/ |