**PRESTATIEBON**

**Type correspondent (alle)** **Voornaam correspondent (alle)** **Naam correspondent (alle)**

Straat correspondent (alle)

Postcode correspondent (alle) Gemeente correspondent (alle)

Tel Telefoonnummer correspondent

|  |  |
| --- | --- |
| **PRESTATIES**  $ | |
| **UITGEVOERD OP**  $ 2024 van tot ( pauze) | |
| Ik wens deze opleiding met opleidingscheques te betalen.  \*Ja 🞏 Neen 🞏 (aankruisen wat past)  \*Zo ja, gelieve het ingevulde formulier KMO – PORTEFEUILLE (opleidingscheques) en het ingevulde evaluatieformulier samen **binnen de 5 dagen** na de startdatum van de opleiding te mailen naar kmo@sdpnot.be | |
| Uitgevoerd door  (naam en handtekening)  Beheerder dossier | Voor akkoord in naam van de klant  (naam en handtekening) |