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 QualityRamuzstrasse 15CH-3027 BernVous 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/ |