DEMANDE DE DEVIS DE FORMATION DANS VOS LOCAUX
France entière

Merci de nous renvoyer cette demande remplie et signée à Corinne ALFANO gérante Abricot-Formation par fax au 01 42 42 56 12 ou par mail à ca@Abricot-Formation.com

SOCIETE

Raison sociale : .....

Adresse : .....

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville:.....

N° de SIRET : .... N° de TVA intracommunautaire: ....

CONTACT ADMINISTRATIF ET PEDAGOGIQUE :

Nom ..... Prénom : .....

Fonction : ..... Email : .....

Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Fax: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Autre : .....

LIEU DE FORMATION SOUHAITE

Société : .....

Adresse : .....

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville:.....

CONTACT SUR SITE POUR LE FORMATEUR :

Nom ..... Prénom : .....

Fonction : ..... Email : .....

Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Fax: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

VOUS PRENEZ EN CHARGE :

Hébergement du formateur : ☐ Oui ☐ Non Repas du formateur : ☐ Oui ☐ Non

Transport du formateur : ☐ Oui ☐ Non Repas du formateur : ☐ Oui ☐ Non

Précisions : .....

.....

Si FINANCEMENT par OPCA

Si OPCA (nom adresse) : .....

.....

Taux horaire HT maximum de prise en charge : .....

Si FINANCEMENT par Société : éléments de facturation

Mode de règlement : ☐Chèque ☐Virement ☐délai en jours demandé : jours

Eléments de facturation à indiquer : .....

.....

Société à facturer : .....

Adresse : .....

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville:.....

FORMATION SOUHAITEE

Libellé formation : .....

Contenu formation désiré : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Période de formation souhaitée : .....

.....

.....

Nombre de stagiaires : .....

Nom prénom stagiaire (obligatoire pour l'obtention d'un devis personnalisé) :

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....
8. .....
9. .....
10. .....

Durée souhaitée en heures et en jours, exigence calendaire, continue, discontinue : .....

.....

.....

.....

.....

Jours possibles de formation : ☐Lundi ☐Mardi ☐Mercredi ☐Jeudi ☐Vendredi ☐Samedi