**ValBreakSection>>**

**NOM OF**

Adresse OF

T.

P :

Mail :

*Déclaration d’activité enregistrée sous le numéro N° auprès du préfet de région.*

**NOM Société Bénéficiaire**

**Adresse**

**Ville, Date**

**Validité du devis : 1 mois**

Intitulé de l’action de formation

**Devis n° DEV\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Désignation** | **Heures** | **Coût horaire HT** | **Montant HT** |
| **Formation** **: Intitulé de l’action de formation**  **Stagiaire** : NOM et Prénom  **Lieu de formation : Adresse complète**  **Dates** : **du au** |  | ,00 € | ,00 |

|  |  |
| --- | --- |
| Montant TOTAL HT | ,00€ |
| Taux TVA | 20,00% |
| Montant TVA | ,00 |
| TOTAL TTC | ,00 |
| **Conditions de règlement** |  |
| |  | | --- | | Acompte de 30% en début de prestation, le solde en fin de prestation sauf demande particulière | | Mode de règlement accepté : chèque, virement bancaire | | Membre d’une association de gestion agréé, le règlement par chèque est accepté à l’ordre de NOM OF | | |

**>>**