**Société Bénéficiaire ou OPCA**

**Adresse**

**Facture** F,

Modalité de règlement : Règlement à facturation

**Entreprise** : Société Bénéficiaire

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

|  |  |
| --- | --- |
| Montant TOTAL HT | ,00€ |
| Taux TVA | 20,00% |
| Montant TVA | ,00 |
| TOTAL TTC | ,00 |
| **Conditions de règlement** |  |
| *Mode de règlement accepté : chèque, virement bancaire* |
| **Coordonnées bancaires de la société :** **IBAN** *:* **BIC***:* **Domiciliation :** *En cas de non-paiement des factures, 30 jours après leur date d’échéance et par l’application de l’article 1152 du Code civil, le montant des dites factures sera augmenté de plein droit et sans* *mise en demeure préalable de 20% sans prejudice d’éventuels dommages et interest s’il y a lieu.* |
|  |

Déclaration d’activité enregistrée sous le numéro auprès du préfet de région de Bretagne.

NOM OF- Adresse

Siret : - TVA FR - - Capital :

**Ville, le Date**

**NOM OF**

ADRESSE

T.

P :

Mail :

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