

INTITULÉ DE LA FORMATION : _____

Ville : _____ Date(s) : _____

Merci de renvoyer ce document par mail, par fax ou par courrier à :

BATISAFE
Savoie Hexapole - Bâtiment l'Agrion
101 rue Maurice Herzog
73420 Méry
Tél. 04 79 61 29 81 - formations@batisafe.fr

ENTREPRISE / COLLECTIVITÉ :

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

téléphone : _____ Fax : _____

Email : _____

RESPONSABLE DE FORMATION :

nom : _____ Prénom : _____

téléphone : _____ Fax : _____

Email : _____

Adresse de facturation si différente :

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

PARTICIPANT(S) : Possibilité de joindre une liste des participants en annexe

nom : _____ Prénom : _____

nom : _____ Prénom : _____

nom : _____ Prénom : _____

PROSPECT(S) : Cette solution requiert un nombre minimum de participants,

connaissez-vous des entreprises qui seraient susceptibles d'être intéressées ?

Raison sociale : _____

tél. : _____ Interlocuteur : _____

Raison sociale : _____

tél. : _____ Interlocuteur : _____

RÈGLEMENT/FACTURATION

Prix par participant :

POUR 3 JOURS :

_____ € HT, soit _____ € TTC (tVA 20%)

_____ € TTC x _____ PARTICIPANT(S) = _____ € TTC

POUR 2 JOURS :

_____ € HT, soit _____ € TTC (tVA 20%)

_____ € TTC x _____ PARTICIPANT(S) = _____ € TTC

POUR 1 JOURNÉE :

_____ € HT, soit _____ € TTC (tVA 20%)

_____ € TTC x _____ PARTICIPANT(S) = _____ € TTC

- Règlement par chèque à l'ordre de BATISAFE
- Règlement par virement sur présentation de la facture
- Prise en charge de la formation par un organisme paritaire collecteur agréé (oPCA)

Nom et adresse de l'oPCA : _____

- J'accepte les conditions générales de vente de BATISAFE

Date : _____

Signature

Cachet entreprise / collectivité

Merci de renvoyer ce document par mail, par fax ou par courrier à :

BATISAFE
Savoie Hexapole - Bâtiment l'Agrion
101 rue Maurice Herzog
73420 Méry
Tél. 04 79 61 29 81 - formations@batisafe.fr

INTITULÉ DE LA FORMATION 1 _____

Et éventuellement si vous souhaitez regrouper plusieurs formations :

INTITULÉ DE LA FORMATION 2 _____

INTITULÉ DE LA FORMATION 3 _____

Durée souhaitée (en jours) : _____

Ville de formation : _____

ENTREPRISE / COLLECTIVITÉ :

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

téléphone : _____ Fax : _____

Email : _____

NOMS DES PARTICIPANT(S) :

1 : _____ 6 : _____

2 : _____ 7 : _____

3 : _____ 8 : _____

4 : _____ 9 : _____

5 : _____ 10 : _____

RÈGLEMENT/FACTURATION

Prix par participant :

POUR 3 JOURS :

_____ € HT, soit _____ € TTC (tVA 20%)

_____ € TTC x _____ PARTICIPANT(S) = _____ € TTC

POUR 2 JOURS :

_____ € HT, soit _____ € TTC (tVA 20%)

_____ € TTC x _____ PARTICIPANT(S) = _____ € TTC

POUR 1 JOURNÉE :

_____ € HT, soit _____ € TTC (tVA 20%)

_____ € TTC x _____ PARTICIPANT(S) = _____ € TTC

- Règlement par chèque à l'ordre de BATISAFE
- Règlement par virement sur présentation de la facture
- Prise en charge de la formation par un organisme paritaire collecteur agréé (OPCA)

Nom et adresse de l'OPCA : _____

- J'accepte les conditions générales de vente de BATISAFE

Date : _____

Signature

Cachet entreprise / collectivité