

**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