



DEVIS DETAILLÉ DE FORMATION

Organisme de formation

VITALITÉ COACHING & FORMATION

2 allée Aimée Césaire
94450 Limeil Brevannes

N° SIRET : 822134318 RCS Créteil

N° de déclaration d'activité : 11941006394

Demandeur :

Nom, Prénom :

Tél :

Mail :

Adresse :

Date : __ / __ / ____

Intitulé de l'action de formation : **Formation MobilityFlow**

Code CPF :

Date de début de formation :

Date de fin de formation :

Rythme de formation en continu

en discontinu

Modalités d'organisation en présentiel

à distance

mixte

Durée totale du stage en entreprise : h

Durée totale du parcours de formation (théorie / examen) : 14 H

Durées de formation	
Heures de formation théorique en centre (hors examen) H (1) hors examen
Heures de formation théorique à distance (hors examen) H (2) hors examen
Total heures de formation théorique demandées	14 H (3) hors examen
Heures d'examen (organisées par l'organisme) H (4)
Coût de la formation (TTC / Net de taxe)	
Coût pédagogique de la formation (centre, distance et/ou examen si réalisé dans l'organisme même)	450 € (6)
Le coût pédagogique inclut-il les heures d'examen ?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Coût horaire / stagiaire : (7) = (6) / (5)	32,14 € / h / stagiaire (7)
Assujettissement à la TVA <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON (Cocher la cache concernée)	
Autres frais	
<i>Frais de suivi de stage en entreprise</i>	0 €
<i>Frais d'examen (organisé dans un autre organisme)</i>	0 €
<i>Frais d'inscription</i>	0 €
<i>Frais de fourniture et matériel pédagogique spécifique</i>	0 €
<i>Autres frais (Précisez) :</i>	0 €

Le présent devis est valable pour une durée de **3 mois** à compter de la date d'émission figurant sur le présent document.

Pour accord

Signature du bénéficiaire

Fait à le __ / __ / ____

Identité du responsable et fonction exacte

Signature et cachet de l'Organisme

