



Nom et prénom
Rue
Code Postal et Ville
Pays

A
le

DEVIS n°: **VAE204hACC**

Devis

Resp. de l'Environnement de Travail et de la Logistique humanitaire
Coordinateur de projet
Logisticien
Resp. RH et Finances
Resp. projet Eau Hygiène et Assainissement

| Désignation | Coût horaire (€) | Nombre d'heures | Montant |
|--|------------------|-----------------|-------------------|
| Frais d'étude du dossier de recevabilité | Forfait | | 150,00 € |
| Forfait accompagnement 4h | 65,000 € | 4 | 260,00 € |
| Frais de passage en jury | Forfait | | 1 500,00 € |
| | | | |
| | | | |
| | | | 1 910,00 € |

Contact **Aida OUERDANE**
Mail aouerdane@bioforce.org

N° d'existence à la formation continue : 826 902 328 69
N° d'identification Etablissement d'Enseignement Privé : 069 40 90 W
N° SIRET: 34040220500033

| | Banque | Agence | N° Compte | CLE |
|--|-------------|-----------------------------------|--------------|-----|
| | LCL 30002 | 01958 | 0000060118 E | 25 |
| | BIC / SWIFT | CRLYFRPP | | |
| | IBAN | FR46 3000 2019 5800 0006 0118 E25 | | |

Bioforce est une association loi 1901 non assujettie à la TVA

| PARTIE A REMPLIR PAR LE CANDIDAT | PARTIE A REMPLIR PAR LE PAYEUR SI DIFFERENT DU CANDIDAT | |
|--|---|--|
| Validant ainsi son engagement à mener la VAE sus mentionnée à son terme, sous réserve de validation de la candidature par la commission de l'Institut Bioforce Sans déclaration qu'un organisme tiers sera le payeur, le candidat déclare être le payeur de sa formation. | NOM ET ADRESSE de l'organisme PAYEUR | PERSONNE contact suivant ce dossier au sein de cet organisme Nom : Fonction : Email : Tél. : |
| <u>Signature</u> du devis par le CANDIDAT avec la Mention " BON POUR ACCORD " : Date : | <u>Signature</u> du devis par l'ORGANISME PAYEUR avec le <u>Cachet</u> et la Mention " BON POUR ACCORD " : Date : | |