

DEVIS

Lyon, le

Nom :
Prénom :
Adresse :
Ville :



NOM DU SERVICE	REFERENCE COMMANDE	REFERENCE DOSSIER	MODE DE PAIEMENT
Centre de Formation Continue	2020	2020/	

QUANTITE	DESCRIPTION	Nbre de participant	MONTANT
91	<p>Intitulé : infirmier coordinateur / référent en EHPAD</p> <p>Modules : M1M2M3M4</p> <p>Intervenant : Divers</p> <p>Lieu : École Rockefeller</p> <p>Heures de formation par personne</p> <p><i>Modalités de règlement selon les dispositions financières fixées à la signature de la convention</i></p>	1	1 697,15 €

Merci de retourner, pour approbation, un exemplaire de ce devis dûment daté et signé.
Sous réserve des places disponibles
Validité 3 mois à la signature du devis

SOUS TOTAL

ACOMPTE VERSE

**NET A PAYER
EN EUROS**

1 697,15 €

DATE :
SIGNATURE DU PARTICIPANT OU DE L'EMPLOYEUR :

Le Directeur Général
Patrick BOURDIN



Cachet de l'entreprise dans le cadre d'une prise en charge employeur