|  |  |
| --- | --- |
| **FÉDÉRATION SANTÉ HABITAT**  6 rue du Chemin Vert  75011 PARIS  Tel : +33 1 48 05 55 54  Port. : +33 6 33 82 17 52  formation@sante-habitat.org  N° SIRET : 43776264400049  Code NAF : 8790B | Destinataire :  **+++=entite+++**  +++=rue+++  +++=cp+++ +++=ville+++  Demandeur :  **+++=nom\_demandeur+++**, +++=poste\_dmdr+++  +++=mail\_dmdr+++ |

Devis n°+++=id+++

Le +++=today+++

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formation** | **Quantité** | **Montant TTC** |
| **+++=Titre+++**  Max. +++=jauge\_max+++ participant.es  Durée : +++=dureehj+++  Lieu : dans les locaux de +++=entite +++ (+++=cp\_dmdr+++ +++=ville\_dmdr+++)  Programme ci-après. | 1,00 | +++=prixintra+++ |
| Les frais de déplacement, hôtel, restauration du formateur seront à la charge de +++entite+++ et facturés au réel, en même temps que les journées de formation. Ils seront basés sur les barèmes appliqués selon le cahier des charges de la FSH, comme suit :   * Billets de train : 2ème classe plein tarif * Voiture : des frais kilométriques selon le barème officiel, plus les frais éventuels de péage * Nuitées d’hôtel : 100 euros (petit déjeuner compris) * Frais par repas : 20 euros | TVA non applicable (article 239B du CGI) | |
| Net à payer | |
| **Total TTC** | **+++=prixintra+++** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date  : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature, *précédée de la mention « bon pour accord »* |  |

En cas de retard de paiement, des indemnités de retard seront appliquées au taux de 10 % du montant total dû par jour de retard, conformément à l'article L. 441-10 du Code de commerce.

Toute somme non réglée à l'échéance entraînera l'application d'intérêts de retard au taux de 10 % par an, calculés à partir de la date d'échéance jusqu'au paiement complet.

# +++=Titre+++

|  |  |
| --- | --- |
| Public  +++=public+++  +++IF ouvertepersaccomp+++  **Formation ouverte aux personnes accompagnées en ACT, LAM, LHSS.**  +++END-IF+++  Prérequis  +++=prerequis +++ | Durée / Dates  +++=dureehj+++  Dates à convenir selon les disponibilités de votre équipe et de nos formateurs.  Lieu  En intra, dans les locaux de +++=entite +++ (+++=cp +++ +++=ville +++)  Si la formation nécessite une adaptation liée à une situation de handicap, merci de nous le faire savoir.  Formateur  +++=formateur+++ |

+++HTML `

<meta charset="UTF-8">

<body>

${introcontexte}

</body>

`+++

## Objectifs

+++HTML `

<meta charset="UTF-8">

<body>

${objectifs}

</body>

`+++

## Contenu

+++HTML `

<meta charset="UTF-8">

<body>

${contenu}

</body>

`+++

## Méthodes pédagogiques

+++HTML `

<meta charset="UTF-8">

<body>

${methodespedago}

</body>

`+++

## Modalités d’évaluation

+++HTML `

<meta charset="UTF-8">

<body>

${modaliteseval}

</body>

`+++