|  |  |
| --- | --- |
| **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 la FMDC 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>

`+++