

BON DE COMMANDE FORMATIONS

Analyse des besoins

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Client : | **CABROL AGNES** | Interlocuteur : | **Madame CABROL Agnès** | Date : | **04 Mars 2021** |
| Adresse : | **32 rue Jean Gabin** | Code postal : | **92300** | Ville : | **LEVALLOIS PERRET** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Priorité | Compétence envisagée | Durée Prévisionnelle | Environnement informatique | | Inter | Intra | Stagiaire(s) | TARIF HT/jour | Objectifs particuliers / Commentaires |
| PC | MAC |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Sous réserve de la prise en charge de votre organisme collecteur.

Les tarifs indiqués sur ce bon de commande sont valables 6 mois à compter de la date de signature.

Tout report de date de stage doit nous parvenir minimum 3 jours ouvrables avant la date prévue.

CACHET / SIGNATURE