



Bon de commande d'une action de formation

Articles L 6353-2 et R 6353-1 du Code du travail

Cave Lex S.A.S

27 bis avenue de Lowendal
75015 Paris

L'entreprise :

Adresse :
Code Postal : Ville : SIRET :
Secteur d'activité : Code APE : Effectif :
Responsable de la formation : Mme Mlle M.
☎ : Fax : ☑ e-mail :
Au sein de l'entreprise, le dossier est suivi par : Mme Mlle M.
☎ : Fax : ☑ e-mail :

Inscrit les participants suivants :

Civilité	Nom	Prénom	Fonction	e-mail

à la formation intitulée :

La gestion des indemnités journalières de sécurité sociale

Durée : jour(s) soit heures Lieu * : Paris Lyon Nantes Autre :

Dates de la formation :

Nature (Cocher la case correspondante)
 Action d'adaptation du salarié au poste de travail ou liées à l'évolution ou au maintien dans l'emploi dans l'entreprise
 Action de développement des compétences du salarié

Objectifs et programme Les objectifs et le programme sont détaillés en annexe du présent bon de commande.

Moyens pédagogiques Alternance d'exposés et de cas pratiques permettant une approche progressive et la validation des connaissances acquises. Effectif formé : 6 à 12 personnes.

Moyens de suivi et d'appréciation des résultats Succession d'exercices pratiques corrigés.
Délivrance d'une attestation de formation au stagiaire à l'issue de la formation.
Evaluation par le stagiaire du contenu, de la pédagogie, de l'organisation et de l'animation de la formation.

Prix et facturation :

Prix unitaire HT	Nombre d'inscrits	Prix total HT	TVA		Montant Total TTC
			Taux	Montant	
1 190 €			20,00%		

Paiement par l'entreprise : par chèque joint à réception de la facture

Adresse de facturation si différente :

Paiement par l'OPCA suivant :

Règlement par l'OPCA désigné ci-dessus, Cave Lex SAS agissant pour le compte de l'entreprise pour percevoir directement en son nom les sommes exposées par l'entreprise au titre du présent bon de commande.

En cas de décision négative ou partielle de l'OPCA, le prix total indiqué ci-dessus ou la différence constatée entre ce montant et celui pris en charge par l'OPCA est dû par l'entreprise et payé à réception de facture.

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Personne gérant le dossier de l'entreprise

Prénom et Nom :

Téléphone :

Cachet de l'entreprise

Fait à : Le : ... / ... / 20

Nom et qualité du signataire :

Signature :