

PRE DEVIS APPROFONDISSEMENT - METIER

Numéro Organisme de
Formation Professionnelle
DRTFP/IDF 11 77 05 834 77
SIRET : 810 217 554 00015 /
APE-NAF : 8899B
Code DOKELIO :
AF_0000036624
OF_0000010822
Formacode : 13017
Inscrit Datadock
Catalogue Pôle Emploi :
fiche 2579

CP
Chef de Projet de Développement
Equivalent 24 semaines * (soit 840h pour l'ensemble)

PRE DEVIS A REMPLIR SELON VOS SOUHAITS	
Intitulé de la formation	Total
CP Chef de Projet de Développement incluant : <ul style="list-style-type: none"> - E-Learning + regroupement 14h (salle et à distance) - Session de formation en salle de 18 jours -126h - * Mission internationale 700h (5 mois) 	6.650€
Adhésion à l'association (non remboursable)	50€
Merci de nous régler l'adhésion en chèque séparé	

Numéro Organisme de Formation Professionnelle DRTFP/IDF 11 77 05 834 77

Durée de validité du présent devis : 2 mois. Formation et mission internationale non soumis à TVA.

La formation se déroule dans les locaux de l'Institut (voir ci-dessous).

La mission internationale se déroule dans un pays en développement en zone sécurisée.

**Ne sont pas inclus dans ce devis, pour la formation comme pour la mission :
les frais de déplacement (billets d'avion, train...) et les repas (à la charge du participant)**

Nom, prénom :

Lu et accepté, le :

Signature

BULLETIN D'INSCRIPTION FORMATION Chef de Projet de Développement (CP)

Nom et prénom du candidat : _____

Adresse de messagerie : _____

Téléphone : _____

Dates souhaitées : _____ (peut commencer toute l'année)

Remplissez les informations sur votre financement et renvoyer nous ce document.

Financier 1 (OPCA, Entreprise, Pôle Emploi : AIF...)

Nom de la structure : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

Accord de principe pour un montant de : _____

Nom, prénom et qualité du contact : _____

Financier 2

Nom de la structure : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

Accord de principe pour un montant de : _____

Nom, prénom et qualité du contact : _____

Auto financement (Votre apport personnel complémentaire)

Vos nom et prénom : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____

Téléphone 2 : _____

Mail : _____

Mail2 : _____

Apport personnel d'un montant de : _____

Date et votre signature :

Dans le cadre d'un autofinancement complet, nous demandons un acompte de 300€ sur le coût de la formation, à régler en même temps que l'adhésion.*

Siège social :

13, route de Seine-Port
91250 Morsang / Seine

Siège administratif :

462, rue Benjamin Delessert
BP 83
77552 Moissy-Cramayel
Tél. +33 (0)1.84.23.00.40

www.institut-cooperation.org

contact@institut-cooperation.org

Association loi 1901
enregistrée à la préfecture de
l'Essonne : N° W912008304

**Pour confirmer votre inscription à la formation souhaitée,
nous demandons l'adhésion de 50€ + un acompte de 300€ (non remboursables) *
à régler en 2 chèques et à nous retourner à l'adresse du siège administratif,
avec le présent document dûment renseigné.**

*** Cet acompte sera déduit du coût total de la formation et remboursable en cas
d'annulation plus d'un mois avant le début de la session en salle et avant l'inscription à la
plateforme E-Learning et avant mise en relation avec le Responsable des missions.**