



## BON DE COMMANDE INTER

Votre contact :  
**Adams Mkadara**  
**+262 692 94 69 70**

Votre nom : \_\_\_\_\_  
Tél : \_\_\_\_\_  
Qualité : \_\_\_\_\_

## LA FORMATION

Intitulé : \_\_\_\_\_ Dates de formation : \_\_\_\_\_  
Tarif HT / stagiaire : \_\_\_\_\_ Horaires : 08h30-12h00 /13h30-17h00  
Type : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

## VOS COORDONNEES

n° client : \_\_\_\_\_

Raison sociale : \_\_\_\_\_ SIRET : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Adresse de facturation :  Entreprise (si différente)  OPCO (à préciser)  Autres (à préciser)

Raison sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

*« Pour toute prise en charge totale ou partielle par un organisme financeur, nous faire parvenir son accord de prise en charge. Tout montant non pris en charge par un organisme financeur sera facturé au signataire de la présente offre. »*

## NOM ET PRÉNOM DES STAGIAIRES

1: \_\_\_\_\_ 2: \_\_\_\_\_

3: \_\_\_\_\_ 4: \_\_\_\_\_

En signant, je reconnais avoir pris connaissance et accepté les conditions générales de vente

**Pour l'entreprise,  
Signature et cachet de l'entreprise**

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_