

Entre ONLINE SANTE SARL, immatriculée au RCS de Nantes sous le N° 539751974, sise 9 Avenue de la Jalière 44700 ORVAULT

ci-après dénommée «ONLINE SANTE». Et

NOM STRUCTURE &
FORME JURIDIQUE

PERSONNE FORMEE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

E MAIL

TEL. FIXE

MOBILE

Devis de Formation gratuit

TVA Incluse de 20%

Cocher :	FORMATIONS TÉLÉMAINTENANCE	Prix Unitaire :	QTE :	Total :
	Formation Médecin 6h : Forfait 4 sessions d'1h30 <i>Formation pouvant être prise en charge par FAF-PM, renseignements et conditions sur fafpm.org</i>	390€ TTC		
	Formation Médecin 5h : Forfait 3 sessions d'1h30 + 1 de 30 min <i>Formation pouvant être prise en charge par FAF-PM, renseignements et conditions sur fafpm.org</i>	300€ TTC		
	Formation 4h : Forfait 2 sessions d'1h30 et 1 session d'1h <i>Formation pouvant être prise en charge par OPCO/FAF-PM, renseignements et conditions sur opcoep.fr et fafpm.org</i>	240€ TTC		
	Formation 3h : Forfait pour 2 sessions d'1h30 <i>Formation pouvant être prise en charge par FAF-PM, renseignements et conditions sur fafpm.org</i>	190€ TTC		
	Formation 1h30 : Forfait pour 1 sessions d'1h30 <i>Formation pouvant être prise en charge par FAF-PM, renseignements et conditions sur fafpm.org</i>	100€ TTC		

Je souhaite demander une prise en charge
de la formation (sous réserves d'éligibilité)

Oui

Non

Fait le :

Commentaires—Observations :

Nos formations sont adaptées pour les personnes en situation de handicap.

N'hésitez pas à nous contacter pour plus d'information.
Démarrage de la formation possible sous 30 jours

Le client déclare que sa signature emporte son accord sur les conditions particulières de la commande et sur les conditions générales de vente accessibles par le lien ci après: [CGV.PDA](#) [Règlement intérieur](#)

Cachet :

Signature :

EXTRAIT DES CONDITIONS GENERALES :

Il est rappelé qu'il est nécessaire que le client soit totalement disponible pour l'exécution des formations et non en situation de travail, en cas contraire le formateur se réserve le droit de mettre fin à la session de formation en considérant celle-ci comme pleinement effectuée. Le client doit également apporter toute son attention à la formation qui lui sera dispensée. Il est indispensable que l'utilisateur manipule et exécute les exercices et applications qui lui seront demandées à l'issue de la formation.

[illegible]

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

MERCI DE JOINDRE ÉGALEMENT UNE COPIE DE RIB OBLIGATOIREMENT SVP

DÉBITEUR :

Nom structure

Contact habilité

Adresse

Code postal

Ville

Pays

IBAN

BIC

Tiers débiteur

CREANCIER :

Référence unique du mandat

Identifiant créancier SEPA

FR88ZZZ637947

Nom ONLINE SANTÉ

Adresse 9 Avenue de la Jalière

Code postal 44700

Ville Orvault

Pays France

ONLINE SANTE, immatriculé au RCS de Nantes sous le numéro 539 751 974, sise 9 Avenue de la Jalière, 44700 Orvault, n° TVA intracommunautaire FR14 539751974

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ONLINE SANTÉ à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ONLINE SANTÉ. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date du débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, ou sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification prévus aux articles 38 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

7 – DATEZ ET SIGNEZ

Fait à

Le

NOM COMPLET, FONCTION ET SIGNATURE D'UN REPRÉSENTANT HABILITÉ DE LA STRUCTURE

Nom

Fonction