**Documents enregistrer sur votre PC, à remplir en imprimé, à signer et à nous renvoyer en 3 exemplaires à l’adresse postale mentionnée**

**Devis de stage n° LE Date :……/……/…..**

Effectué dans le cadre de prestations d’enseignement, établit

**A l’organisme de remboursement** :………………………………………………………………..

Adresse :…………………………………………………………………………………………………

Code postal………….. ……..Ville : ……………………………Pays : …………..…………………

Personne responsable :………………………………………………………………………………..

Tél. : ……………………….e-mail :……………………………………………………………………

**et à la ou au stagiaire**:

Prénom : ……………......................Nom :………………………..…………..................................

Adresse :…………………………………………………………………………………………………

Code postal………….. Ville :……………………………Pays : ……………………………………..

Tél. : ……………………….e-mail :……………………………………………………………………

**Titre : Formation en technique manuelle de bien-être Lympho-Energie**

Lieu : Espace Mas – 10, rue des Terres au Curé – 75013 Paris

Nombre de jours : 20 jours. Nombre d’heures : 120 heures réparti sur les dates suivantes :

|  |  |
| --- | --- |
| Module n°1 : du ……../……./……au : .…../……/…… | Module n°3 : du …../……./……au : ……./……/…… |
| Module n°2 : du ……./……./……au : ….…/……/…. | Module n°4 : du ……/….…/…….au : ……/……/…… |

Premier jour de la formation : ……../……/……

Dernier jour de la formation : ……../……/……

**Prix de la Formation prise en charge : 2400 € (comprend 25% de majoration).**

TVA non appliquée en vertu de la 6ème directive TVA (article 21-1-a)

**Est joint à ce devis : un programme de la formation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Organisme de Formation*  *Cachet et signature* | *Le ou la stagiaire*  *Signature* | *Organisme de Prise en Charge*  *Cachet, signature et date*  *d’acceptation* |

**CENTRE** **DE FORMATIONS : DOMINIQUE JACQUEMAY**

**180, AVENUE WINSTON CHURCHILL – Boîte 14 - 1180 BRUXELLES**

**Téléphone en Belgique : +32 2 347 36 60 - en France : +33 665 50 13 14**

N° d’entreprise : 566 665 486

[dj@lympho-energie.com](mailto:dj@lympho-energie.com)

**Convention tripartite de stage n°** **LE**  **Date** :……./……/……

Effectuée pour dans le cadre de prestations d’enseignement

Etablit entre : Madame Dominique Jacquemay

**Et l’organisme de remboursement** :………………………………………………………………….

Adresse :…………………………………………………………………………………………………

Code postal : ……………. Ville : ……………………………………….Pays : …………………….

Personne responsable :………………………………………………………………………………..

Tél. : …………………………….e-mail :………………………………………………………………

**et à la ou au stagiaire**:

Prénom :………………………………Nom :……..……………………….......................................

Adresse :…………………………………………………………………………………………………

Code postal : ……………. Ville : ………………………………………….Pays : ………………….

Tél. : ……………………….e-mail :……………………………………………………………………

**Titre : Formation en technique manuelle de bien-être Lympho-Energie**

Lieu : Espace Mas – 10, rue des Terres au Curé – 75013 Paris

Nombre de jours : 20 Nombre d’heures : 120 heures réparti sur les dates suivantes :

|  |  |
| --- | --- |
| Module n°1 : du ……../……./……au : .…../……/…… | Module n°3 : du …../……./……au : ……./……/…… |
| Module n°2 : du ……./……./……au : ….…/……/…. | Module n°4 : du ……/….…/…….au : ……/……/…… |

Premier jour de la formation : ……../……/……

Dernier jour de la formation : ……../……/……

**Prix de la Formation prise en charge : 2400 € (comprend 25% de majoration)**

Est pris en charge par l’organisme un montant de……………€

TVA non appliquée en vertu de la **6ème directive TVA (article 21-1-a)**

Au terme de la formation sera décerné un certificat de pratique, ainsi qu’une attestation de présence aux dates de la formation. Les inscriptions se font par ordre d’arrivées. Le ou la stagiaire s’engage à effectuer la totalité des heures de la formation.

**A cocher :**

 Le règlement sera effectué par la ou le stagiaire avant la formation.

 Le règlement sera effectué par l’organisme de remboursement qui s’engage à régler la facture

dans les 30 jours après la fin de la formation au compte : Fortis Banque Avenue Molière (quartier Bascule) – 1180 Bruxelles BIC : (équivalent du SWIFT) GEBABEBB/ IBAN : BE942100 6180 4614

Dans ce cas, l’organisme s’engage à mentionner le n° de la facture et le nom du ou de la

stagiaire en communication ou par chèque français à l’ordre exacte de **Dominique Jacquemay**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Organisme de Formation*  *Cachet et signature* | *Le ou la stagiaire*  *Signature* | *Organisme de Prise en Charge*  *Cachet, signature et date*  *d’acceptation* |

*NB : les conditions générales d’inscription sont identiques à celles précisées sur le site* [*www.lympho-energie.com*](http://www.lympho-energie.com)

**CENTRE** **DE FORMATIONS : DOMINIQUE JACQUEMAY**

**180, AVENUE WINSTON CHURCHILL – Boîte 14 - 1180 BRUXELLES**

**Téléphone en Belgique : +32 2 347 36 60 - en France : +33 665 50 13 14**

N° d’entreprise : 566 665 486

[dj@lympho-energie.com](mailto:dj@lympho-energie.com)