



**Devis VAE :**

- Chargé des SG et Logistique Humanitaire
- Coordinateur de Projets de la SI
- Logisticien de la SI
- Resp. RH et Finances
- Resp. de projet Eau Hygiène Assainissement
- Resp. de projet Protection de l'Enfance en Situation d'Urgence
- Resp. de projet Nutrition

Nom et prénom du candidat:

Rue :

Code Postal et Ville :

Pays :

A

Le

**DEVIS N°: VAE17ACC4**

Contact **Eve KONAN**  
 Tél **+33 (0)4.72.89.36.05**  
 Mail [e.konan@institutbioforce.fr](mailto:e.konan@institutbioforce.fr)

| DESIGNATION                              | Coût horaire (€) | Nombre d'heures | MONTANT           |
|--|------------------|-----------------|-------------------|
| Frais d'étude du dossier de recevabilité | Forfait          |                 | 150,00 €          |
| Frais de passage en jury                 | Forfait          |                 | 1 000,00 €        |
|  |                  |                 | <b>1 150,00 €</b> |

N° d'existence à la formation continue : 826 902 328 69  
 N° d'identification Etablissement d'Enseignement Privé : 069 40 90 W  
 N° SIRET: 34040220500033

|             | BANQUE                            | AGENCE | N° COMPTE    | CLE |
|-------------|-----------------------------------|--------|--------------|-----|
| LCL         | 30002                             | 01958  | 0000060118 E | 25  |
| BIC / SWIFT | CRLYFRPP                          |        |              |     |
| IBAN        | FR46 3000 2019 5800 0006 0118 E25 |        |              |     |

L'Institut Bioforce est une association loi 1901 non assujettie à la TVA

| PARTIE A REMPLIR PAR LE CANDIDAT  | PARTIE A REMPLIR PAR LE PAYEUR SI DIFFERENT DU CANDIDAT   |  |
|---|---|--|
| Validant ainsi son engagement à mener la VAE sus mentionnée à son terme sous réserve de validation de la candidature par la commission de l'Institut Bioforce<br>Sans déclaration qu'un organisme tiers sera le payeur, le candidat déclare être le payeur de sa formation. | NOM ET ADRESSE de l'organisme PAYEUR  | PERSONNE contact suivant ce dossier au sein de cet Organisme |
|   | <input type="text"/>  | Nom  |
|   | <input type="text"/>  | Fonction   |
|   | <input type="text"/>  | Email :  |
|   | <input type="text"/>  | Tél.   |
|   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>   |
| Signature du devis par le CANDIDAT avec la Mention "BON POUR ACCORD" :<br>Date <input type="text"/>   | Signature du devis par l'ORGANISME PAYEUR avec le Cachet et la Mention "BON POUR ACCORD" :<br>Date <input type="text"/> |  |