



Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
 Rue : \_\_\_\_\_  
 Code Postal et Ville : \_\_\_\_\_  
 Pays : \_\_\_\_\_

Vénissieux, le \_\_\_\_\_

**Devis de la formation**

Humanitarian Programme Manager  
 17 sept. - 21 déc. 2018 - Lyon

**Durée totale en heures**

444,5 heures  
 Temps de formation 7h / jour  
 Plus de 30 heures hebdomadaires

**Type de validation**

Titre de Niveau 1 : Coordinateur de Projet de la Solidarité Internationale

Contact **Jérôme PERSICO**

Tél **04 72 89 31 45**

Mail **recrutement@institutbioforce.fr**

**DEVIS N°: HPM**

DESIGNATION	Coût horaire (€)	Nombre d'heures	MONTANT
Frais de formation - Humanitarian Programme Manager	12,036 €	444,50	5 350,00 €
Suivi période d'apprentissage en situation professionnelle (Hors présentiel)*	Forfait		950,00 €
Frais d'inscription	Forfait		200,00 €
Frais de sélection	Forfait		60,00 €
<b>TOTAL TTC (en euros)</b>			<b>6 560,00 €</b>

**PLANIFICATION PREVISIONNELLE DES MODULES DE LA FORMATION**

RECAPITULATIF DE L'ENSEMBLE DES MODULES DE FORMATION	DUREE (h)	DUREE EN HEURES DES MODULES REALISES
1 Opening sessions	3,5	3,5
2 Induction	21	21
3 Framework of humanitarian aid	35	35
4 Managing People and Organisations	105	105
5 Managing Programmes and Projects	105	105
6 Managing Finance and Funding	105	105
7 Training of trainers	35	35
8 Field Exercise	35	35
<b>TOTAL</b>	<b>444,5</b>	<b>444,5</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 suivre la formation sus mentionnée sous réserve de validation de la candidature par l'Institut Bioforce 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 Nom : ..... Fonction : ..... Email : ..... Tél. : .....
<u>Signature</u> du devis par le CANDIDAT avec la Mention " <b>BON POUR ACCORD</b> " :  Date ..... / ..... / .....	<u>Signature</u> du devis par l'ORGANISME PAYEUR avec le <u>Cachet</u> et la Mention " <b>BON POUR ACCORD</b> " :  Date ..... / ..... / .....	
<i>A noter : Le candidat pourra participer à la formation à la condition que tous les devis modulaires soient couverts par un financement</i>		