



INTITULÉ DE LA FORMATION: DEVIS STRIPE

PRÉNOM:	Devis
NOM:	Modèle
ADRESSE:	FR
MOBILE:	+33 77 33 77 33 77
TÉLÉPHONE:	+33 64 63 62 34 21
E-MAIL:	devis@test.com
NOTES:	Nom des intervenant.e.s: Durée en jours et heures Dates de la formation : Modalités : • Un parcours de X modules vidéo, soit 3h x X • Cours en présentiel en nombre de jours (7h) • Cours en distanciel en nombre de demi-journée (3h30) • Évaluation soit temps estimé : 0h30 • Pré évaluation test de connaissance QCM • Post évaluation des connaissances QCM Lieu Public

CONDITIONS GENERALES DE VENTE

Signature

Date

Devis Modèle

Prénom, Nom

Société

Position

La signature du présent devis implique l'acceptation des conditions générales de vente de Com'santé sexuelle, disponibles et consultables sur le [site](https://formation-sante-sexuelle.fr/conditions-dutilisation.html) (<https://formation-sante-sexuelle.fr/conditions-dutilisation.html>), dont le client reconnait avoir pris connaissance et accepter sans réserves.