



total freestyle

# FORMATION FORCE DE VENTE

## ENTRE LES SOUSSIGNÉS

1) Organisme de formation :

TOTAL FREESTYLE EVENTS 99 rue du point jour, 92100 Boulogne-Billancourt enregistré sous le n° de déclaration d'activité : 11755506375 auprès du préfet de région d'Île de France représenté par : GRIMAUULT Laurence

2)

*(Nom, prénom et adresse)*

**Est conclue la convention suivante :**

## ARTICLE 1

L'organisme de formation organise l'action de formation suivante :

1 - Intitulé : Force de vente

2 - Nature de l'action au sens de l'article L.6313-1 du code du travail :  
CERTIFICATION

3 - Dates de l'action de formation :                    au                    inclus

4 - Durée et horaires de l'action de formation : 14 heures / 2 jours / 09h00-17h00

5 - Lieu de l'action de formation (adresse complète) :

6 - Modalités de déroulement (moyens techniques et pédagogiques mis en œuvre) :  
Manuel pédagogique, mise en situation

7 - Type de formation :

8 - Nature de la sanction de l'action de formation et modalités d'évaluation jalonnant ou terminant la formation : contrôle continu

9 - Effectif de l'action de formation :

10- Moyen de contrôle de l'assiduité :

Feuilles d'émargement pour les formations en présentiel / attestation d'assiduité + relevé de connexion pour les formations à distance

## ARTICLE 2

En contrepartie de cette action de formation, le cocontractant s'engage à acquitter les frais suivants :

Frais de formation : coût unitaire H.T 395,00 € x 1 stagiaire(s) = 395,00 € H.T.

Soit un total de : 395,00 € H.T.

TVA : 00,00 €

TOTAL GENERAL : 395,00 € T.T.C

Dont éventuels frais de déplacement : 0 €

Dont contribution éventuelle des financeurs publics : 0 €



total freestyle

# FORMATION FORCE DE VENTE

## ARTICLE 3 CLAUSE DE DEDIT

Les parties prenantes à la convention peuvent, ici, prévoir contractuellement leurs obligations financières réciproques en cas d'inexécution totale ou partielle de la prestation de formation)

## ARTICLE 4

La présente convention prend effet à compter de sa signature par l'entreprise.

Fait en double exemplaire,

à :

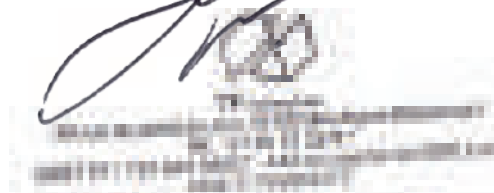
le :

**Pour le stagiaire**

*(nom, prénom du signataire)*

**Pour l'organisme**

Laurence Grimault  
Coordinatrice Pédagogique



**Qualiopi**  
processus certifié

REPUBLICQUE FRANÇAISE