

# DEVIS TYPE CLEA

A renseigner par l'organisme évaluateur

## L'organisme évaluateur réalisant la certification

Nom :

Adresse :

@ :

Tél. :

Nom, prénom, qualité du représentant légal :

Numéro SIRET :

Code NAF/APE :

Numéro de déclaration d'existence de l'organisme :

Certification Qualiopi : Oui Non

Habilitation délivrée par Certif Pro : Oui Non

⇒ **Joindre les 2 certificats avec le devis renseigné SVP**

### **Informations nécessaires pour le paiement**

*(si différent des informations mentionnées ci-dessus)*

**Numéro SIRET (site en charge de la facturation) :**

Adresse postale (site en charge de la facturation) :

E-mail du contact facturation :

## Le demandeur

Nom d'usage / Prénom :

## La certification CléA

Intitulé :  Socle de connaissances et de compétences professionnelles

Numérique

Type :  Evaluation Initiale  Evaluation Finale

Date de début :

Date de fin :

Nombre d'heures total :

Coût total HT :

Coût total TTC :

**Date :**

**Nom, prénom, qualité du signataire :**

Signature et tampon de l'organisme évaluateur