

*Document à compléter avant le démarrage ou au cours de la formation
par le titulaire du marché et à signer par le titulaire du marché et le sous-traitant*

Nom du titulaire du marché : _____

N° Internet ou

Intitulé de la formation : _____

N° Marché : _____

Organisme sous-traitant :

Raison sociale _____

N° de déclaration d'existence _____

N° SIRET _____

Adresse _____

Nom et qualité du responsable _____

Téléphone : | | | | | | | | | | | |

e-mail :

Nature et objet de la sous-traitance : *(préciser les modules concernés et leur durée)*

Lieu de réalisation de la sous-traitance

Montant du contrat de sous-traitance

Total heures sous-traitées

Conditions de paiement retenues dans le contrat de sous-traitance

*Si le montant du contrat de sous-traitance est égal ou supérieur à 600 euros TTC
le paiement direct du sous-traitant par la Région Bretagne est obligatoire.*

Ce paiement s'effectuera sur présentation d'un certificat de service fait validé par le titulaire

Joindre le R.I.B. original de l'organisme sous-traitant

A Rennes, le _____

Le titulaire
(nom & qualité du signataire)

Le sous-traitant
(nom & qualité du signataire)

Le Président
du Conseil régional de Bretagne