

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS

MISE EN SOMMEIL

IDENTITE DU MANDATAIRE

DENOMINATION SOCIALE / NOM :

Nom et prénom de la personne en charge du dossier :

N° de téléphone :

N° de fax :

Mail :

IDENTITE DE L'ENTREPRISE

DENOMINATION SOCIALE :

NUMERO RCS :

NATURE DE L'OPERATION

Date de la mise en sommeil : / /

Le

A

Signature :