



Accessibilité des personnes handicapées & Locaux professionnels des médecins libéraux

Demande d'audit accessibilité handicapés ERP & accompagnement administratif

Informations vous concernant

Nom : Prénom :
Tél. /
Email :
Adresse :
CP : Ville :
Région :

À propos de vos locaux professionnels

N° Siret :
Surface du bâtiment
Type du bâtiment.....
Êtes-vous (*razer les mentions inutiles*) : Propriétaire - Locataire - Bailleur
Le bien est-il en copropriété : OUI - NON
Jours d'ouverture des locaux :
.....

- Je joins un chèque de 590 € à l'ordre du SML.
- Je retourne le formulaire à l'adresse suivante :

SML
Immeuble Point Sud – 40 Rue Gabriel Crié
92240 MALAKOFF

Tampon, date et signature