



## 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