

FORMULAIRE PROFESSIONNEL^{v4}

☎ 03 84 78 09 52

@ info@sictomvds.com

🌐 www.sictomvds.com

RAISON SOCIALE :

SIRET : Code APE :

Activité :

Nombre de salarié au sein de l'entreprise :

DÉBUT D'ACTIVITÉ

Date de début d'activité

..... / /

[JOINDRE UN JUSTIFICATIF](#)

OU

FIN D'ACTIVITÉ

Date de cessation d'activité

..... / /

[JOINDRE UN JUSTIFICATIF](#)

Adresse de l'entreprise :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Email :@.....

Coordonnées du responsable (Nom et Prénom) :

Téléphone portable : Téléphone fixe :

Email :@.....

Adresse de facturation (si différente de l'adresse de l'établissement) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° du (ou des) contenant(s) gravé(s) en blanc sur le bac

.....

.....

.....

OU

Pas de bac dédié à l'activité professionnelle.

NOM :

Date : / /

Signature :