

NOTICE D'INFORMATION A RETOURNER EN MAIRIE

(Pro santé)

Tél. : 0596621074 fax : 0596623015 email : [dvpt@mairie-sainte-luce.fr](mailto:dvpt@mairie-sainte-luce.fr)

\* Mentions obligatoires.

Je soussigné Monsieur Madame Mademoiselle

\*

(nom, prénom)

représentant l'entreprise (merci d'indiquer le nom légal, suivi s'il y a lieu de l'enseigne usuel entre parenthèses)\*

autorise mr le maire de Sainte Luce à publier sur le site de la mairie, les informations commerciales que je lui transmets sur mon entreprise, conformément aux règlements du site et à la législation en vigueur.

Secteur d'activités :

Médecin généraliste  
 Pédiatre  
 Infirmiers ou  
cabinet de soins

Pharmacies  
 Ambulances  
 Dentiste  
 Kinésithérapeute

Podologue  
 Activité paramédicale  
(préciser : \_\_\_\_\_)

Autre \_\_\_\_\_

Description succincte de l'activité (20 mots): \_\_\_\_\_

Adresse de l'activité\* : \_\_\_\_\_

Téléphone\* : \_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_ fax : \_\_\_\_\_

Adresse Internet : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Vous pouvez nous faire parvenir des informations complémentaires au **format électronique après le dépôt du présent document dûment rempli et signé**, en respectant les conditions suivantes :

- Descriptif (prestations et services divers, honoraires, modalités de paiement.... 150 mots max)

- Documents graphiques : 1 photo représentative de votre activité et/ou logo de l'entreprise au format standard JPEG.

Signature\*