



CARREFOUR AFFAIRES SANTÉ

## FORMULAIRE CLIENT

Nom de l'entreprise

Adresse du siège social

  

Téléphone

Spécialité (Exemple : Chiropractie, physiothérapie, etc.)

Personne-référence

Courriel

Nom de votre représentant du CAS

Référé par : (Réservé à l'administration)

Désirez-vous être affiché sur notre site internet sous la section « Clients » : Oui

Non

Le présent contrat est signé à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Représentant client*

\_\_\_\_\_  
*Représentant du Carrefour Affaires Santé*