

**DELTA SANTE**

74-76 rue Montesquieu

33500 LIBOURNE

Tél : 05 57 55 53 83

Email : contact@delta-interim.frSite : delta-interim.fr**FICHE CLIENT A RETOURNER à l'adresse ci-dessus**

Raison Sociale :

Forme Juridique :

Dirigeant :

Adresse de l'entreprise :

.....

Adresse de facturation si différente

.....

N° SIRET :

Tél :

Fax :

Email :

N° TVA intracommunautaire

.....

Mode de règlement Traite/BO Virement Chèque

Délai de règlement : A réception facture

Merci de joindre IMPERATIVEMENT un RIB quel que soit le mode de paiement avec la Fiche Client

Secteur d'activité :

Code APE :

Convention Collective appliquée :

Effectif :

Adhésion à une fédération :

Service de Santé au Travail :

Horaires de jour :

Horaires de nuit :

Indemnité sujétion dimanche/fériés :

Indemnité sujétion nuit :

Remboursement frais kilométriques : 0,29 € /km

Equipements collectifs accessibles au personnel permanent :

Consultez notre site INTERNET : delta-interim.fr

Dématérialisation des documents via notre plate-forme : :

: <https://www.myarmado.fr/>

DATE :

SIGNATURE :

Cachet de l'entreprise

(Faire précéder de la mention « j'atteste de l'exactitude

Des renseignements ci-dessus, avoir pris connaissance

Des conditions générales de ventes et accepter le règlement des frais de dossier fixés à 25€ HT/an)

Interlocuteurs, si différents du signataire et coordonnées

Etablissement du contrat :

Etablissement des relevés d'heures :

Règlement facture :