

Reçu complet le :/../....

Appartement ou Villa : _____

Loyer : _____ Charges : _____ Caution : _____ Frais d'agence : _____

MONSIEUR

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ___/___/___ LIEU DE NAISSANCE : _____

SITUATION DE FAMILLE : Marié Pacsé Divorcé Concubinage Célibataire Séparé Veuf

Nombre de Personnes à Charge : _____

ADRESSE complète : _____

NUMERO DE TELEPHONE : _____ Adresse MAIL : _____

Actuellement vous êtes : Locataire Propriétaire Hébergé à titre gratuit

Si vous êtes locataire : NOM DU PROPRIETAIRE ou GERANT : _____

ADRESSE DU PROPRIETAIRE ou GERANT : _____

N° TELEPHONE DU PROPRIETAIRE ou GERANT : _____ DEPUIS LE : _____

AVEZ- VOUS DES ANIMAUX ? OUI NON Si OUI, le(s)quel(s) : _____

MADAME/MADEMOISELLE

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ___/___/___ LIEU DE NAISSANCE : _____

SITUATION DE FAMILLE : Mariée Pacsée Divorcée Concubinage Célibataire Séparée Veuve

Nombre de Personnes à Charge : _____

ADRESSE complète : _____

NUMERO DE TELEPHONE : _____ Adresse MAIL : _____

Actuellement vous êtes : Locataire Propriétaire Hébergé à titre gratuit

Si vous êtes locataire : NOM DU PROPRIETAIRE ou GERANT : _____

ADRESSE DU PROPRIETAIRE ou GERANT : _____

N° TELEPHONE DU PROPRIETAIRE ou GERANT : _____ DEPUIS LE : _____

AVEZ- VOUS DES ANIMAUX ? OUI NON Si OUI, le(s)quel(s) : _____

PARTIE A REMPLIR par les ETRANGERS

NATIONALITE : _____ CARTE de SEJOUR N° _____

DELIVREE LE : ___/___/___ A : _____ ENTRE EN FRANCE LE : ___/___/___

CARTE DE TRAVAIL N° _____ DELIVREE LE : ___/___/___ A : _____

N° SECURITE SOCIALE : _____

Date d'emménagement souhaitée : ___/___/___.

MONSIEUR

Salarié ou Employé d'Etat

NOM de l'EMPLOYEUR/ENTREPRISE ACTUEL : _____
ADRESSE EMPLOYEUR : _____
TELEPHONE EMPLOYEUR : _____ NATURE de l'EMPLOI : _____
TYPE de CONTRAT : _____ DATE d'ENTREE EN FONCTION : ____/____/____.
SALAIRE MENSUEL NET : _____.

Commerçant – Artisan – Profession Libérale

NATURE d'ACTIVITE : _____ DEPUIS LE : ____/____/____
N° IMMATRICULATION RM/RC : _____ LIEU IMMATRICULATION : _____
SALAIRE MENSUEL NET : _____.

AUTRES PROFESSIONS/RESSOURCES (Hors Allocations) : _____ SALAIRE NET ANNUEL : _____

CHOMAGE : DEPUIS LE : ____/____/____. NOM de l'ANCIEN EMPLOYEUR : _____
ADRESSE EMPLOYEUR : _____

RETRAITE : DEPUIS LE : ____/____/____ MONTANT NET (et complémentaires) : _____

MADAME/MADEMOISELLE

Salarié ou Employé d'Etat

NOM de l'EMPLOYEUR/ENTREPRISE ACTUEL : _____
ADRESSE EMPLOYEUR : _____
TELEPHONE EMPLOYEUR : _____ NATURE de l'EMPLOI : _____
TYPE de CONTRAT : _____ DATE d'ENTREE EN FONCTION : ____/____/____.
SALAIRE MENSUEL NET : _____.

Commerçant – Artisan – Profession Libérale

NATURE d'ACTIVITE : _____ DEPUIS LE : ____/____/____.
N° IMMATRICULATION RM/RC : _____ LIEU IMMATRICULATION : _____ SALAIRE
MENSUEL NET : _____.

AUTRES PROFESSIONS/RESSOURCES (Hors Allocations) : _____ SALAIRE NET ANNUEL : _____

CHOMAGE : DEPUIS LE : ____/____/____. NOM de l'ANCIEN EMPLOYEUR : _____
ADRESSE EMPLOYEUR : _____

RETRAITE : DEPUIS LE : ____/____/____. MONTANT NET (et complémentaires) : _____

BANQUE (monsieur) _____ AGENCE de _____

BANQUE (Mme/Melle) _____ AGENCE de _____

AUTORISE(NT) LE CABINET A M'ENVOYER LES BAUX ET LES DIAGNOSTICS PAR VOIE ELECTRONIQUE : OUI / NON

DOCUMENTS A JOINDRE à VOTRE DEMANDE :

- Photocopie de vos 3 dernières Fiches de Salaire, ou Contrat de Travail, ou Attestation de l'Employeur, ou Bilan Comptable, ou Attestation Comptable.
 - Photocopie de votre carte d'identité
 - Photocopie de vos 3 dernières Quittances de Loyer ou de votre dernière Taxe Foncière.
 - Un RIB.
 - Photocopie de vos 2 derniers Avis d'Imposition (toutes les pages).
- Le /...../.....

Comment avez-vous eu connaissance de ce bien ? (rayer les mentions inutiles)

Liste retirée en agence - Pub Internet – Pub Journal – Bouche à oreille – Panneau/Affiche - Annonce PAP – Par le relationnel.

Siège : 13, Avenue Chapoton – BP 236 – 42173 ST JUST ST RAMBERT – Tél. 04 77 36 82 00 – Fax. 04 77 52 09 11

Agence secondaire : 12, Rue Hippolyte Sauzée - 42230 ROCHE LA MOLIERE

Carte professionnelle N° CPI 4202 2018 000 035 0233 – Garantie CEGC 16, rue Hoche-Tour Kupka B-92919 La DEFENSE Cedex

SAS au capital de 50 000€ - Locataire Gérant du Cabinet Alain TRONCHET

Réception sur rendez-vous uniquement : Cabinet ouvert de 10h à 12h et de 14h à 18h, du Lundi au Vendredi

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque accepté

N° SIRET : 508 693 959 00019 – CODE ACTIVITE : 6832A – N°INTRACOMMUNAUTAIRE : FR 95508693959