

DEMANDE D'OUVERTURE DE COMMERCES ALIMENTAIRES/NON-ALIMENTAIRES

TYPE D'ETABLISSEMENT :

SUPERFICIE : \geq 1000m² <1000m²

Nom et adresse du commerce :

N° d'entreprise :

Nom du gérant :

Tél. : **GSM :**

Email :

Nature : Jour Nuit

Jour de fermeture : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

Horaires d'ouvertures :

REMARQUES :
