

FICHE SIGNALETIQUE CLIENT MAGASIN

(A retourner par fax au numéro : 05.22.42.60.93)/ Tél Service MO :05.22.42.60.00)

Magasin : Greenmoveway

TEL :

Code Vendeur : 2055309

<u>IDENTIFICATION</u>	
TITULAIRE	CONJOINT
N° C.I.N. : _ _ _ _ _ _ _ _	DATE DE VALIDITE : ______
NOM :	N° C.I.N. : _ _ _ _ _ _ _ _
PRENOM :	DATE DE VALIDITE : ______
NOMS & PRENOMS DES PARENTS :	NOM :
DATE DE NAISSANCE : ______	PRENOM :
LIEU :	DATE DE NAISSANCE : ______
SITUATION DE FAMILLE :	LIEU :
ADRESSE :	NOMBR E ENFANTS :
VILLE :	ADRESSE :
CODE POSTAL :	VILLE :
TEL DOMICILE :	CODE POSTAL :
TEL PORTABLE (Titulaire) :	TEL DOMICILE :
	TEL PORTABLE (Conjoint) :

<u>INFORMATION PROFESSIONNELLE</u>	
TITULAIRE	CONJOINT
ENTREPRISE :	ENTREPRISE :
FORME JURIDIQUE :	FORME JURIDIQUE :
SECTEUR D'ACTIVITE :	SECTEUR D'ACTIVITE :
ADRESSE :	ADRESSE :
DATE CREATION : ______	DATE CREATION : ______
TEL TRAVAIL :	TEL TRAVAIL :
N° IF :	N° IF :
N° CNSS :	N° CNSS :
N° RC :	N° RC :
MATRICULE :	MATRICULE :
PROFESSION :	PROFESSION :
ANCIENNETE :	ANCIENNETE :
DATE FIN DE CONTRAT : ______	DATE FIN DE CONTRAT : ______
(si ancienneté inférieure à 12 mois)	(si ancienneté inférieure à 12 mois)

<u>BUDGET</u>	
REVENUS MENSUELS	DEPENSES MENSUELLES
TITULAIRE :	LOYER :
CONJOINT :	CREDIT IMMO :
AUTRES :	MENS CREDITS EN COURS :
NATURE :	ORGANISMES :
LOGEMENT <input type="checkbox"/> PROPRIETAIRE <input type="checkbox"/> LOCATAIRE <input type="checkbox"/> FAMILLE	DATE FIN CREDITS :
EMPLOYEUR/AUTRE :	AGENCE :
DEPUIS : ______	DATE D'O UVERTURE :
BANQUE :	NUMERO DE COMPTE :
NUMERO DE COMPTE :	DATE D'O UVERTURE :
SOLDE FIN DE MOIS :	SOLDE FI N DE MOIS PRECEDENT :

<u>PRET</u>	
OBJET DU PRET :	TYPE : <input type="radio"/> Classique <input type="radio"/> Gratuit <input type="radio"/> 4x sans frais <input type="radio"/> Carte AURORA
MONTANT DU PRET : DH	DUREE : Mois
MONTANT DE LA RESERVE : DH	MONTANT DE LA RESERVE : DH
MENSUALITE DU PRET : DH	MENSUALITE DE LA CARTE : <input type="radio"/> 5% <input type="radio"/> 10% Montant : DH

SIGNATURE DU BENEFICIAIRE
Précédé de la mention (Je reconnais la véracité des informations ci-dessus)
DATE :

AGENT EN CHARGE DU DOSSIER ou INTERMEDIAIRE
(Nom, Prénom et Signature)
DATE :