

Mandat

La personne souignée déclare mandater l'association AJUSTE pour une intervention immédiate/post-immédiate.

L'intervention d'AJUSTE reste confidentielle pour les personnes impliquées. Aucune information ne sera transmise, sauf dérogation prévue par la loi.

Lieu : Date :

Mandataire :

Nom : Prénom :

Adresse de facturation :

.....

Prix horaire :

Intervenant(s) AJUSTE :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Signature du mandataire :