



Application Carte Fidélité

INFORMATIONS DU CLIENT

Nom _____ Prénom _____

NIF _____ Téléphone _____

Cellulaire _____

Adresse _____

E-mail _____

INFORMATIONS PROFESSIONELLES

Entreprise _____

Nom de l'Employeur _____

Téléphone _____

Poste Occupé _____

Adresse _____

REFERENCES (2 Obligatoires)

Nom _____ Prénom _____

1 Adresse _____ Téléphone _____

Employeur _____

Nom _____ Prénom _____

2 Adresse _____ Téléphone _____

Employeur _____

*J'autorise la Direction de la Caribbean Supermarket S.A. à prendre toutes les mesures légales au cas ou mon chèque n'est pas accepté par la banque.
les 20% représentant les honoraires des avocats et les frais judiciaires seront à ma charge.
Le fait de remplir ce formulaire ne vous donne pas droit automatiquement à la carte*

Signature du Client

Approuvé par