**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

|  |  |
| --- | --- |
| Consultant | |
| Nom de famille |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Lieu de naissance et N° de département |  |
| Nationalité |  |
| Adresse postale |  |
| Code postal |  |
| Ville |  |
| Numéro de Sécurité Sociale |  |
| Téléphone |  |
| Adresse email |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Documents à nous transmettre |
| RIB |  |
| Carte Vitale |  |
| Justificatif d’identité | Pièce d’identité ou Passeport ou Carte de séjour |
| Justificatif de domicile | Facture (eau, gaz, électricité, téléphone, impôts…) |

|  |  |
| --- | --- |
| Mission | |
| Intitulé de votre mission |  |
| Nom du client final ou ESN à facturer |  |
| Lieu de la prestation (Adresse) |  |
|  |  |
|  |  |
| Nom / Prénom de votre contact |  |
| Téléphone de votre contact |  |
| Email de votre contact |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Date de démarrage |  |
| Durée initiale de la mission |  |
| Votre TJM |  |