|  |  |
| --- | --- |
| **Date / HEURE de contact :** | **– Heure :** |
| **Objet de la visite** | **☐ Demande d’information /renseignement à propos d’un document administratif**  **☐ Demande de document administratif** |

**Document demandé :**

|  |  |
| --- | --- |
| **☐ Carte professionnelle**  **☐ Attestation professionnelle**  **☐ Visa des factures**  **☐ Visa de certificats sanitaires/phytosanitaires** | **☐ Visa des documents commerciaux**  **☐ Certificat d’origine**  **☐ Recommandation pour Visa Affaires** |
| * **Autre : ………………………………………………………………………………..** | |
| **Motif de la demande :** | |

**IDENTIFICATION DU DEMANDEUR :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et prénom :** |  |
| **Téléphone**  **Fix/GSM :** |  |
| **Email de contact :** | **☐ J’accepte de recevoir les envois de la CCIS** |
| **Adresse de contact :** |  |
| **Ville :** |  |

**IDENTIFICATION DE L’ENTREPRISE :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dénomination :** |  | |
| **Nom du représentant légal :** |  | |
| **Forme juridique :** | **☐ PP (Personne physique)**  **☐ Auto-entrepreneur** | **☐ SARL**  **☐ SA** |
|  | **Autre à préciser :** | |
| **Date de dépôt/ heure de dépôt** | **– Heure :** | |
| **Secteur d’activité :** | **☐ Industrie :**  **☐ Commerce :**  **☐ Services :** | |

**NB : la CCIS décline toute responsabilité de l’usage non conforme du document délivré au demandeur de droit ou à son mandaté.**

* **Je certifie l’authenticité des informations susmentionnées et autorise la CCIS-MS à les utiliser pour toute fin utile**

**Signature du demandeur**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cadre réservé à la CCISMS:** | | |
| **Etat du dossier fourni :**  **☐ Complet et conforme**  **☐ Incomplet**  **☐ Non conforme** | **Suite accordée à la demande :**  **☐ Acceptée**  **☐ Rejetée** | **Date de délivrance du document administratif :** |
| **Observations :** | **Nom et prénom du représentant de la CCIS :**  ***Rachid BNINHA***  **Sa qualité : *Chef de département services aux ressortissants*** | **Retrait :** |