

Formulaire d'engagement de demande d'audit accessibilité handicapés

Identité et coordonnées du demandeur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse personnelle :

Tél : _____ @ : _____

Adresse du cabinet infirmier à auditer :

Diagnostic accessibilité handicapés ERP + Accompagnement administratif complet

=

480 € TTC

(France métropolitaine et Outre-mer)

Je formalise par la signature de ce formulaire mon acceptation pour la réalisation d'un audit de conformité d'accessibilité sur mon lieu d'exercice professionnel et accepte par l'intermédiaire de la FNI qui a mandaté le prestataire, l'intervention d'Access Immo CNE pour la réalisation de cette expertise.

Date :

Signature de l'IDEL demandeur

Je joins à ce formulaire, un chèque de 480 € à l'ordre de la FNI (à adresser à FNI - Secrétariat –
Demande Accessibilité ERP – 7, rue Godot de Mauroy – 75009 PARIS)