

DEMANDE OU **RENOUVELLEMENT (cocher la case)**

D'HABILITATION DANS LE DOMAINE FUNÉRAIRE

(ENTREPRISES)

Par la présente, le (ou les) représentant légal

nom, prénoms du représentant légal :

en qualité de : *directeur, chef
d'entreprise, propriétaire-exploitant...* :

né(e) à / le :

de nationalité :

domicilié(e) à :

**et le (ou les) responsable(s) de l'établissement (à compléter si différent du
représentant légal)**

nom, prénoms du responsable :

en qualité de :

né(e) à / le :

de nationalité :

sollicite(nt) l'habilitation dans le domaine funéraire pour l'établissement suivant :

dénomination sociale :

forme juridique :

nom commercial :

enseigne :

activité :

adresse de l'établissement à habilitier :

n° de téléphone :

n° de télécopie et adresse e-mail :

Compléter ci-dessous seulement si le siège social est différent de l'établissement à habilitier

adresse du siège social :

n° de téléphone :

n° de télécopie et adresse e-mail :

Fait à, le

Signature du responsable de l'établissement :

Signature du représentant légal :

Cachet de l'établissement