

Cadre réservé à l'ACAP

Visite le : ____/____/____ par : ____

Mise en facturation le : ____/____/____

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHESION
A LA MARQUE « ACCUEIL VELO »**



Nom de l'établissement :

Type d'établissement :

Classement et/ou label (pour les hébergements) :

Date du classement :

Code INSEE :

Adresse complète de l'établissement :

.....

Site Internet :

Mon établissement se situe à km / m (par route) de l'itinéraire cyclable EV3.

Contact suivi dossier :

Je soussigné(e) Mme, M. Prénom

Qualité (préciser propriétaire, exploitant, gérant)

Demeurant

.....

Téléphone : Courriel :

Souhaite adhérer à la marque « Accueil Vélo » et sollicite un rendez-vous pour la visite de mon établissement

Je déclare avoir pris connaissance du référentiel « Accueil Vélo » propre à ma catégorie et du montant de l'adhésion (200€ pour 3 ans). **Le règlement s'effectuera après la visite de contrôle.**

Le : à :

Signature :