



FICHE CANDIDAT

Afin de permettre la gestion de votre candidature à la Franchise, les entités du groupe MAUD® sont amenées à enregistrer les données personnelles de leurs prospects sur leurs systèmes internes. Les destinataires de ces données sont exclusivement les personnes habilitées des services Franchise, Formation et Distribution du Groupe, (ou les services amenés à gérer les systèmes). Le Groupe MAUD® peut céder ces informations à des Tiers. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Siège par email : franchise@maud.fr. Le candidat consent à la collecte de ses données personnelles et outre les droits d'accès et de rectification, il dispose d'un droit de suppression des informations le concernant ainsi que d'un droit d'opposition à recevoir des offres de la part du franchiseur.

SI

LE SIGNATAIRE DU DIP EST UNE PERSONNE PHYSIQUE :

NOM : PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE : NATIONALITÉ :
SITUATION MATRIMONIALE : ☐ CÉLIBATAIRE ☐ MARIÉ(E) ☐ VEUF(VE) ☐ DIVORCÉ(E)
ADRESSE :
EMAIL : TÉLÉPHONE :
LIEU SOUHAITÉ D'IMPLANTATION :

SI

LE SIGNATAIRE DU DIP EST UNE PERSONNE PHYSIQUE AU NOM ET POUR LE COMPTE D'UNE SOCIÉTÉ EN COURS D'IMMATRICULATION :

NOM DE LA FUTURE SOCIÉTÉ :
TYPE DE SOCIÉTÉ : CAPITAL :
SIÈGE SOCIAL :

Informations sur la personne physique signant le DIP au nom et pour le compte de ladite société (futur associé ou futur dirigeant) :

NOM : PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE : NATIONALITÉ :
SITUATION MATRIMONIALE : ☐ CÉLIBATAIRE ☐ MARIÉ(E) ☐ VEUF(VE) ☐ DIVORCÉ(E)
ADRESSE :
EMAIL : TÉLÉPHONE :
LIEU SOUHAITÉ D'IMPLANTATION :

SI

LE SIGNATAIRE DU DIP EST LE REPRÉSENTANT LÉGAL D'UNE PERSONNE MORALE :

NOM DE SOCIÉTÉ :
TYPE DE SOCIÉTÉ : CAPITAL :
SIÈGE SOCIAL :
NUMÉRO SIREN :
NOM : PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE : NATIONALITÉ :
SITUATION MATRIMONIALE : ☐ CÉLIBATAIRE ☐ MARIÉ(E) ☐ VEUF(VE) ☐ DIVORCÉ(E)
ADRESSE :
EMAIL : TÉLÉPHONE :
LIEU SOUHAITÉ D'IMPLANTATION :