Merci de remplir ce formulaire en LETTRES CAPITALES

Date de la demande :

CONSEIL SUPERIEUR DES MESSAGERIES DE PRESSE

FICHIER DES AGENTS DE LA VENTE

Inscription des Dépositaires

MANDANTS PRESSE	
PRESSTALIS / TP	☐
MLP	☐

Cadre réservé au CSMP
☐☐ ☐☐☐ ☐

M.
Mme
Melle

Prénom *NOM*

Société (préciser obligatoirement, ci-dessus, le nom du représentant légal)

Adresse

Adresse

Code postal *Localité*

En remplacement de : _____

MAGASIN du DEPOSITAIRE (le cas échéant)

M.
Mme
Melle

Prénom *NOM*

Société (préciser obligatoirement, ci-dessus, le nom du représentant légal)

Adresse

Adresse

Code postal *Localité*

Signature

Ci-joint règlement de € : ....., uniquement par chèque,
à l'ordre du Conseil Supérieur des Messageries de Presse, 99 boulevard Malesherbes - 75008 PARIS

Droit d'accès aux informations « Loi informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004

Les informations recueillies sont nécessaires à l'instruction de votre demande. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à la Commission du Réseau du CSMP.

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au CSMP.