



C M A I C

MANDAT CABINET COMPTABLE

Je soussigné(e) : Nom : Prénom :

Représentant de l'entreprise :

dont le numéro d'adhérent est le : _ _ _ _ _

Autorise mon cabinet comptable ci-après nommé :

Nom du Cabinet :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Contact : Nom : Prénom :

Email :

Tel :

à effectuer les échanges administratifs avec le CMAIC, comprenant :

La déclaration d'effectif (entrées/sorties du personnel)

Les éléments de facturation

*Ce mandat reste valable pendant la durée de mon adhésion au CMAIC,
sauf information contraire de ma part.*

Date :
(format jj/mm/aaaa)

Signature et cachet de l'entreprise :