



Maison Audio Center

Dossier de candidature

IDENTITÉ

Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Situation familiale : Célibataire Marié(e) Vie maritale (choix à cocher)
Profession du conjoint :
Nombre d'enfants à charge :
Adresse :
Code postal : Ville :
Êtes-vous : Propriétaire Locataire
Téléphone : Portable :
E-mail :
Êtes-vous audioprothésiste ? Oui Non

FORMATION

Année	Diplômes obtenus Formations	Etablissements
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES

Merci de joindre votre CV

Votre situation professionnelle actuelle ou dernier poste occupé

Société | Etablissement :

Secteur d'activité :

Fonction :

Ancienneté dans la société :

Avez-vous déjà travaillé dans dans un espace ou un centre auditif ? Oui Non

oui, dans quel(s) espace(s) ou/et centre(s) d'auditif (s) :

Si vous possédez déjà un (des) espace (s) ou centre (s) auditif (s), merci de préciser :

Enseigne	Ville	Date de création	CA annuel HT en €	RCS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COMPÉTENCES

Vos domaines de compétences (cochez les cases correspondantes)

Domaines	Pas d'expérience	Faible expérience	Bonne expérience	Très bonne expérience
Audioprothésiste				
Commerçant				
Management				
Gestion				

VOTRE PROJET AVEC MAISON AUDIO CENTER

Décrivez votre projet

Pourquoi souhaitez-vous vous installer ?

Quelles sont vos attentes vis-à-vis du franchiseur ?

Avez-vous de la famille ou des amis qui travaillent dans une franchise ou une succursale MAISON AUDIO CENTER ?

Vos questions ?

VOTRE PROJET AVEC MAISON AUDIO CENTER

Quelle est la nature de votre projet ? La création d'un nouvel espace ou d'un nouveau centre auditif
 La reprise d'un espace ou d'un centre auditif existant
 La transformation d'un espace ou d'un centre auditif existant

Où souhaitez-vous ouvrir votre espace ou centre auditif ? (À classer par ordre de préférence)

Région / Département / Ville	Motif

Quand souhaitez-vous démarrer votre activité ?

Avez-vous eu des contacts avec d'autres franchiseurs ?

Si oui, lequel(s) ?

Serez-vous présent dans l'espace ou le centre auditif ? À temps plein À temps partiel

Vous souhaitez réaliser ce projet Seul Avec un/des associés

En cas d'association merci de nous préciser Nom/ Prénom/ Diplôme :

VOTRE SITUATION FINANCIÈRE

Capital personnel disponible : K€

Apport personnel affecté à votre projet	K€
Apport complémentaire (famille, amis, associés)	K€
Total Apport (hors emprunt bancaire)	K€

Votre projet est-il lié à la réalisation d'une condition financière particulière ?

Oui Non Si oui, laquelle :

Êtes-vous représentant légal, associé ou actionnaire de société(s) ?

Nom	Type	Secteur d'activité	RCS	Majoritaire oui non	Dirigeant oui non

Avez-vous déjà été déclaré en faillite personnelle ou en redressement judiciaire

Oui Non Si oui, précisez :

Les renseignements que vous nous fournissez ci-dessus sont strictement confidentiels et exclusivement destinés à l'analyse de votre candidature comme potentiel futur partenaire de notre groupe.

Je certifie que les informations contenues dans ce présent formulaire sont exactes.

Fait à :

Le :

Signature :

Merci de renvoyer votre dossier ainsi que votre CV par courrier ou par email à :

**MAISON AUDIO CENTER, 3 Avenue du Trône,
Nation – 75005 Paris contact@audiocenter.fr**

Enregistrer

Pour toutes demandes d'informations, n'hésitez pas à nous contacter au **01 49 37 73 60**