

Questionnaire Déclaration

Salons de coiffure - Instituts de beauté

SOCIÉTÉ DES AUTEURS, COMPOSITEURS
ET ÉDITEURS DE MUSIQUE



Merci par avance de renseigner précisément ce formulaire et de nous le retourner.

Enseigne de l'établissement :

Nom et prénom du responsable :

Qualité du responsable (propriétaire du fond de commerce, locataire, gérant de SARL, etc) :

Nom de la personne à contacter : Tél :

S'il s'agit d'une société, préciser sa forme juridique (SA, SARL,...) :

L'adresse du siège social :

Adresse de l'établissement :

Commune : Île : Boîte postale :

Tél : Vini : Code postal :

E mail :

N° TAHITI : N° RC :

Tiers-payeur :

Il s'agit de la personne que vous pouvez désigner pour recevoir les factures et acquitter les montants des droits d'auteur en votre nom (cabinet comptable)

OUI JE DIFFUSE DE LA MUSIQUE ET JE SOUHAITE RECEVOIR UN DEVIS ET UNE PROPOSITION DE CONTRAT.

1 • NATURE DE L'ÉTABLISSEMENT

Salon de coiffure Salon de massage

Institut de beauté Onglerie Autre (précisez) :

Nombre de postes de travail en contact avec la clientèle : [.....] Surface en m² : [.....]

• Vous êtes gérant ou propriétaire de plusieurs établissements :

Nombre d'établissement : [.....]

Nom des établissements :

Nombre d'employé par établissement : Établissement 1 : [.....] Établissement 2 : [.....] Établissement 3 : [.....]

2 • ORGANISME PROFESSIONNEL

Êtes-vous adhérent à un organisme professionnel signataire d'un accord avec la Sacem Polynésie ? Oui Non

(Fédération ou syndicat représentatif de votre profession)

Nom et adresse de l'organisme :

Pour bénéficier de la réduction prévue à cet accord, merci de nous transmettre un justificatif de votre adhésion.

3 • MODES DE DIFFUSION

Poste de radio Chaîne HI-FI / Ordinateur (CD, MP3, Streaming...) avec écran sans écran

Téléviseur : Avec chaînes thématiques musicales

Autres moyens de diffusion (précisez) :

Nombre total d'appareils : Nombre total d'enceintes supplémentaires :

Si vous faites appel à une société spécialisée dans la fourniture de programme musicaux, indiquez ses coordonnées :
.....

4 • PÉRIODE D'EXPLOITATION

Toute l'année Horaires : de h..... à h..... et de h..... à h.....

Jour(s) de fermeture hebdomadaire : Lun Mar Mer Jeu Ven Sam Dim

Le responsable soussigné déclare exacts les renseignements ci-dessus mentionnés et sollicite la Sacem Polynésie l'autorisation préalable prévue par les dispositions législatives à la protection du droit d'auteur.

Fait à Le

Signature