


FICHE DE LIAISON VERS LE PARTENAIRE :
CAISSE DE CREDIT MUNICIPAL D'AVIGNON

RAISON SOCIALE DE L'INDICATEUR Crédit Municipal de Nancy

ADRESSE 10, rue Callot 54064 NANCY CEDEX

 TEL 03.83.17.85.76

contact@creditmunicipal-nancy.fr

CLIENT

Je soussigné,

NOM :

PRENOM :

PROJET : PRET PERSONNEL RACHAT DE CREDITS

MONTANT SOUHAITE : _____ €

ADRESSE :

 TEL

MAIL :

Accepte que la Caisse de Crédit Municipal de NANCY transmette mes coordonnées à son partenaire désigné ci-dessus afin que ce dernier me contacte. Cette prise de contact n'entraîne aucun engagement de ma part.

Date :

Vos données personnelles sont collectées et traitées par nos soins en qualité d'indicateur et par notre partenaire chacun pour ce qui le concerne et chacun pour les finalités qui lui sont propres. En remplissant ce formulaire, vous consentez à ce partage. Les informations collectées sont obligatoires. En cas de non réponse, votre demande ne pourra être traitée. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de portabilité, dans le respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur, aux informations vous concernant. Pour plus d'information concernant le traitement de vos données personnelles par la Caisse de Crédit Municipal d'Avignon et l'exercice de vos droits, vous pouvez consulter sa politique de gestion des données personnelles sur www.cmavignon.com

DESTINATAIRE : Caisse de Crédit Municipal d'Avignon (réservé à l'administration)

Conseiller (Nom, prénom) :

Tél :

Mail :

Date réception de la demande :

Suite donnée :

Signature