



C A B O U R G

DEMANDE D'OUVERTURE DE DEBIT
DE BOISSONS TEMPORAIRE A
CONSOMMER SUR PLACE

DEMANDEUR

Personne morale

Nom/raison sociale
Adresse
Tél
E-mail.....

Personne physique

Nom
Prénom
Fonction au regard de la personne morale
Adresse
Tél.....
E-mail.....

EVENEMENT

Intitulé
Descriptif
.....
.....
Lieu (adresse la plus précise possible)
.....
Date(s).....
Horaires précis.....

DEBIT DE BOISSONS TEMPORAIRE A CONSOMMER SUR PLACE

Boissons servies
.....
Horaires de distribution
Identité de la personne responsable de la distribution

Cabourg, le

Signature du demandeur