

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LOCATION PROJET MAISON DE SANTE SUMÈNE ARTENSE

Merci de retourner ce formulaire par mail, à l'adresse cpts@asnc.fr ou par courrier à l'adresse CPTS ASNC – 8 allée de la Sumène 15210 YDES.

Type de location _____

Adresse : Rue de la mine 15 210 YDES

Location souhaitée :

☐ Bureau de 20 m²

☐ Location permanente* – Loyer au 01/01/2025 : 350€/mois

☐ Location journalière** – Loyer au 01/01/2025 : 12€/jour

Merci de préciser le jour de location souhaité :

* En location permanente, le bureau est attribué au seul locataire précisé sur le bail pour un an minimum.

** En location journalière, le bureau est partagé avec d'autres locataires.

En location permanente uniquement :

☐ Salle de rééducation de 50 m² – Loyer au 01/01/2025 : 550 €/mois

☐ Salle de rééducation de 31 m² – Loyer au 01/01/2025 : 450 €/mois

Date souhaitée de début de location :

Candidat locataire _____

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :

Profession :

Qualification :

N° d'inscription à l'Ordre :

N° RPPS :

Le projet de la maison de santé pluriprofessionnelle Sumène-Artense se veut collaboratif. Tout professionnel locataire doit s'inscrire dans une démarche d'exercice coordonné avec un projet de santé développé en équipe de soins primaires.

Le locataire s'engage à fournir une assurance pour toute demande de location acceptée. Elle sera à retourner avec le bail signé.



PARTIE RESERVEE A SUMENE-ARTENSE COMMUNAUTE

Demande reçue le :

Demande étudiée le :

☐ Demande acceptée

☐ Demande refusée

Motivation du refus :

Réponse envoyée au demandeur le :

☐ Bail envoyé au demandeur

☐ Bail signé et retourné par le locataire

☐ Assurance envoyée par le locataire