FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS
AUDIT MAITRE RESTAURATEUR

Nom de l'Établissement : .....

Raison sociale : .....
Statut juridique : ☐ SA ☐ Entreprise individuelle ☐ Autre : ……..

Nom des dirigeants : .....

Suppléant (en cas d'absence le jour de l'évaluation) : .....
.....

Adresse : .....
.....
.....

Téléphone : ……/……/……/……/……/ **Fax :** ……/……/……/……/……/
e-mail : .....
Adresse Internet : .....

Période de fermeture annuelle : .....
Fermeture hebdomadaire : .....

Type de cuisine : ☐ Brasserie ☐ Traditionnelle
☐ Gastronomique ☐ Régionale
☐ Autre : .....

Nombre de couverts :
Si possible, merci de joindre une plaquette de présentation de votre établissement

Catégorie actuelle : ☐ Sans ☐ Restaurant de tourisme ☐ Tables et Auberges de France
☐ Restaurateur de France ☐ Qualité Auvergne

Etes-vous éventuellement candidat pour une autre démarche ?

☐ Tables et auberges de France (prise en charge de 50% du coût de l'audit MR par Tables et Auberges de France)
☐ Certification de services « Restauration commerciale » (*Dans ce cas un devis personnalisé vous sera adressé)*
☐ Restaurateur de France (Audit conjoint à Maître Restaurateur n'engendrant pas de surcoût)

Souhaite être audité : ☐ le plus rapidement possible ☐ passé un délai de ---------- mois

Avez-vous été préparé à l'audit par un cabinet conseil ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, lequel : .....

Fait à ……, le …… Signature