

Les informations recueillies permettront à la Corporation de développement commercial de Saint-Lambert de mieux connaître les places d'affaires qui composent son territoire. Soyez assurés que les données demeureront confidentielles et elles seront utilisées uniquement dans le but de promouvoir le territoire dans le cadre de projets ou autres actions permettant de mettre en œuvre le plan stratégique.

COORDONNÉES

Nom de la place d'affaires : _____

Adresse : _____

Téléphone (1) : _____ Télécopieur : _____

Adresse de courrier électronique : _____

Site Internet : _____

Propriétaire (s) de la place d'affaires : _____

Personne contact (si différente du ou des propriétaire(s)) : _____

CARACTÉRISTIQUES

Principale activité (ex : restaurant, bureau de dentiste, vêtements pour dame, traiteur, etc)

Type de place d'affaires

- Indépendant Succursale Bureau de professionnel
 Bannière /franchise Autre : _____

Date d'ouverture de la place d'affaires : _____ (mois) / _____ (année)

Nombre d'employés (incluant les propriétaires/gestionnaires de la place d'affaires s'ils y travaillent)
 _____ (temps plein) _____ (temps partiel)

LOCAL

Êtes-vous ? propriétaire de l'immeuble locataire de l'immeuble

Si vous êtes propriétaire, songez-vous au cours des 2 prochaines années à effectuer des travaux de rénovation (intérieur ou extérieur) sur votre bâtiment ? Oui Non

Si vous êtes locataire, votre bail se termine quand ? _____ (mois) / _____ (année)

Est-ce que votre place d'affaires bénéficie de cases de stationnement réservées pour votre personnel et vos clients ? Oui combien : _____ Non

HEURES D'OUVERTURE

ÉTÉ

HIVER

Dim : ____ h ____ à ____ h ____ ou fermé
 Lundi : ____ h ____ à ____ h ____ ou fermé
 Mardi : ____ h ____ à ____ h ____ ou fermé
 Mer : ____ h ____ à ____ h ____ ou fermé
 Jeudi : ____ h ____ à ____ h ____ ou fermé
 Ven : ____ h ____ à ____ h ____ ou fermé
 Sam : ____ h ____ à ____ h ____ ou fermé

Dim : ____ h ____ à ____ h ____ ou fermé
 Lundi : ____ h ____ à ____ h ____ ou fermé
 Mardi : ____ h ____ à ____ h ____ ou fermé
 Mer : ____ h ____ à ____ h ____ ou fermé
 Jeudi : ____ h ____ à ____ h ____ ou fermé
 Ven : ____ h ____ à ____ h ____ ou fermé
 Sam : ____ h ____ à ____ h ____ ou fermé

Le formulaire a été dûment complété par : _____ Date : _____

**Merci de retourner le questionnaire par la poste à l'adresse ci-haut mentionnée
 ou par télécopieur au 450 672.3732**