

# JOËLLE CIOCCO

## PARIS

### VOTRE IDENTITÉ

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

Mail :

Téléphone :

### VOTRE SOCIÉTÉ

Nom et raison sociale :

Site internet :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

Mail :

Téléphone :

Marques avec lesquelles vous travaillez :

Quelles techniques de soins pratiquez-vous ?

*Merci de nous envoyer en pièces jointes, les photos de votre institut et de vos pièces de soin.*

8 Place de la Madeleine Tel: 01.42.60.58.80

Site web: [www.joelle-ciocco.com](http://www.joelle-ciocco.com)

