



ASSOCIATION  
FRANÇAISE  
DES MAÎTRES  
RESTAURATEURS

**DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DU  
TITRE MAITRE RESTAURATEUR**

Nom de la société :

Adresse de facturation :

N° SIRET :

Nom de l'Établissement :

Adresse complète :

Nom de la personne qui demande le titre :

Tél :

Adresse email :

**J'autorise** l'Association Française des Maîtres Restaurateurs à mandater un cabinet certificateur, qui réalisera un **audit mystère** afin de **vérifier** si mon établissement est conforme aux **critères d'évaluation** du titre Maître Restaurateur.

Vous serez audités sous 40 jours.

**Fait le :** \_\_\_\_\_ **à :** \_\_\_\_\_

**Signature**

**Cachet de l'établissement**

« L'A.F.M.R » peut vous assister dans votre démarche, pour cela, vous pouvez joindre **le bureau au 01.53.63.00.77**  
Maîtres Restaurateurs - 43 rue de Douai – 75009 PARIS  
[afmr@maitresrestaurateurs.com](mailto:afmr@maitresrestaurateurs.com)