



BON DE COMMANDE

à valider avant le 31 Mars 2026 - Minuit -
sous réserve de disponibilité des places mises en dotation – 10 par catégorie -

à retourner par e-mail à :
info@action-reflexo.fr

ANNIVERSAIRE DES 27 ANS

☐ En cochant cette case, je certifie avoir pris connaissance
des conditions générales de vente, les accepter sans réserve
et être membre apprenant ou praticien de F.I.R.M.A.

Je, soussigné.e,

NOM DE NAISSANCE : _____ Prénom : _____

NOM D'USAGE : _____ née le ____/____/____

N° de Téléphone portable : ____/____/____/____/____/ ou N° WhatsApp : ____/____/____/____/____/

e-mail : _____@_____ (écrire en LETTRES MAJUSCULES)

☐ Au jour de cette demande, je suis apprenant d'un centre de formation professionnelle en réflexologie ou membre
praticien légalement installé en qualité de réflexologue professionnel.

LE PRIX DE BASE INITIAL DE CHACUNE DE CES FORMATIONS EST DE 326 €

Le prix promotionnel est ramené à **163 €** en paiement échelonné
et **154,85 €** en paiement comptant

☐ J'OPTÉ POUR LE OU LES FORMATIONS SUIVANTES AUX CONDITIONS PRÉFÉRENTIELLES

☐ **Réflexologie & Parkinson**

☐ Paiement comptant pour un montant de **154,85 €**

☐ Paiement fractionné en **3 mensualités de 54,33 €** pour un montant global de 163 €

Début souhaité de la e-formation : 15 Avril 2026 - 15 Septembre 2026 (encercler la période souhaitée)

☐ **Réflexologie & Alzheimer**

☐ Paiement comptant pour un montant de **154,85 €**

☐ Paiement fractionné en **3 mensualités de 54,33 €** pour un montant global de 163 €

Début souhaité de la e-formation : 15 Avril 2026 - 15 Septembre 2026 (encercler la période souhaitée)

☐ **Réflexologie & Cancer**

☐ Paiement comptant pour un montant de **154,85 €**

☐ Paiement fractionné en **3 mensualités de 54,33 €** pour un montant global de 163 €

Début souhaité de la e-formation : 15 Avril 2026 - 15 Septembre 2026 (encercler la période souhaitée)

.../...

☐ **Réflexologie & Fibromyalgie**

☐ Paiement comptant pour un montant de **154,85 €**

☐ Paiement fractionné en **3 mensualités de 54,33 €** pour un montant global de 163 €

Début souhaité de la e-formation : 15 Avril 2026 - 15 Septembre 2026 (encrer la période souhaitée)

☐ **Réflexologie & Périnatale**

☐ Paiement comptant pour un montant de **154,85 €**

☐ Paiement fractionné en **3 mensualités de 54,33 €** pour un montant global de 163 €

Début souhaité de la e-formation : 15 Avril 2026 - 15 Septembre 2026 (encrer la période souhaitée)

☐ Ma commande globale est constituée de _____ formations pour un montant global de : _____ €

☐ J'opte pour un paiement comptant ☐ J'opte pour un paiement en 3 mensualités

☐ Je suis à jour de ma cotisation annuelle à F.I.R.M.A

☐ Je ne suis pas membre de la fédération F.I.R.M.A et m'engage à le faire sous huitaine
lien utile : <https://federation-reflexologie.fr>

Date et Signature,

valant acceptation ferme de l'offre

et sous réserve de la validation du centre de formation

MANDAT EUROPEEN DE PRELEVEMENT SEPA

- à retourner signé si vous optez pour ce mode de paiement sécurisé accompagné du R.I.B. du compte à débiter -

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société ARF à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la société A.R.F

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

REFERENCE DU MANDAT : ARF suivi du numéro de la facture émise. Exemple : ARF1910342

CREANCIER

IDENTIFIANT SEPA (ICS) : FR19ZZZ606112

NOM DU CREANCIER : A.R.F.

ADRESSE : 1, Rue du Vieux Port 33420 Saint Jean de Blaignac – France –

DEBITEUR

NOM, PRENOM DU DEBITEUR : _____

Adresse (N° et Rue) : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

N° de Compte IBAN : [_____] [_____] [_____] [_____] [_____] [_____] [_____]

Code BIC : [_____]

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pourrez obtenir auprès de votre banque.

POUR UN PRELEVEMENT ☐ Récurrent ☐ Unique (cocher la bonne case)

Date (Jour/mois/année : ____/____/____) Lieu : _____

Signature :

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées que par le créancier ou par les partenaires de cette opération dans le cadre de la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Le débiteur joindra à la présente le Relevé d'Identité bancaire sur lequel le ou les prélèvements seront effectués généralement au 5 de chaque mois.

Modèle de lettre de Rétractation

Ne pas nous retourner ce document
sauf mise en exercice de votre droit à rétractation

Je soussigné.e

NOM, Prénom : _____

Adresse Postale ou e-mail d'inscription : _____

déclare par la présente exercer, mon droit de rétractation pour la commande transmise et dont les détails sont mentionnés dans la facture n° _____ en date du .../.../.....

Je vous serai gré de bien vouloir m'en accuser réception sous 72 heures.

Je confirme que j'ai pris note que mon délai de rétractation est porté à 30 jours au lieu du délai traditionnel de 10 jours. Ce délai de 30 jours partant du jour de l'édition de la facture.

Fait à, le .../.../

Signature :

Sans validation par e-mail sous 72 heures, un courrier est à adresser par mesure de précaution en Lettre Recommandée avec accusé de réception à :

A.R.F.

Service des Réservations

200, Rue du Vieux Port

33420 Saint Jean de Blaignac