



## BON DE COMMANDE

constitué de 6 pages à retourner + 1 Annexe à conserver

à retourner par e-mail à : [info@action-reflexo.fr](mailto:info@action-reflexo.fr)

## REFLEXOLOGIE & SPECIALISATION

Le présent bon de commande est valable 10 jours après réception

 *Choisir une spécialisation :*

**c'est se différencier de la concurrence ...**

*Pour suivre nos cursus « spécialisations »  
les gestes de base de la réflexologie doivent être acquis*

*Je, soussigné.e,*

NOM : \_\_\_\_\_ : Prénom : \_\_\_\_\_

ADRESSE POSTALE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL / VILLE : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ ( écrire en LETTRES MAJUSCULES )

N° de Téléphone portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ou N° WhatsApp : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivation – Détaille les raisons pour lesquelles, tu souhaites suivre nos enseignements en réflexologie

## JE COCHE MA SELECTION SPECIALISATION.S EN REFLEXOLOGIE

- Réflexologie & Parkinson
- Réflexologie & Alzheimer
- Réflexologie & Cancer
- Réflexologie & Fibromyalgie
- Réflexologie & Périnatal - 1
- Réflexologie & Gestion du stress
- Réflexologie & Endométriose
- Réflexologie & Personnes âgées
- Réflexologie & Sclérose en plaque

## INFORMATIONS IMPORTANTES

- ✓ Pour accéder aux cours, tu dois **être membre de la fédération F.I.R.M.A.** en qualité de Membre « Apprenant ou Praticien ». A défaut, tu t'engages à le réaliser sous huitaine.
- ✓ En ta qualité de membre F.I.R.M.A., tu as **accès à vie** à l'ensemble des cours sélectionnés.
- ✓ Tu démarres ta formation à la date souhaitée - *après validation administrative de ton dossier* –, **aucune cadence n'est imposée.**
- ✓ Chacune de tes formations te permet d'obtenir **une validation professionnelle certifiée** par F.I.R.M.A.
- ✓ Tu bénéficies d'une **assistance gratuite** via notre plateforme dédiée DISCORD A.R.F. / Spécialisations
- ✓ Tu bénéficies d'un accès à une assistance téléphonique en cas de difficultés dans ta progression.

## LE TARIF DE BASE DE CHAQUE MODULE EST DE 326 €

En fonction du nombre de spécialisations de ta commande, tu bénéficies d'un tarif privilégié.

Toutefois, le nombre de souscription est limité volontairement à 4 spécialisations par commande sur une période de 6 mois. Ces remises ne sont pas cumulables avec d'autres offres ou remises exceptionnelles qui seraient mise en place.

- 1 Spécialisation : 326 € en 4 mensualités de 81,50 € - *par mandat S.E.P.A.*  
ou 309,70 € en paiement comptant - *par mandat S.E.P.A.*
- 2 Spécialisations : 554,20 € en 6 mensualités de 92,37 € *par mandat S.E.P.A. au lieu de 652 €*,  
ou 526,49 € en paiement comptant - *par mandat S.E.P.A.*
- 3 Spécialisations : 733,50 € en 9 mensualités de 81,50 € – *par mandat S.E.P.A. au lieu de 978 €*  
ou 696,83 € en paiement comptant - *par mandat S.E.P.A.*
- 4 Spécialisations : 782,20 € en 12 mensualités de 65,20 € – *par mandat S.E.P.A. au lieu de 1304 €*  
ou 743,20 € en paiement comptant - *par mandat S.E.P.A.*

## JE COCHE MON CHOIX POUR UN PAIEMENT FRACTIONNE

- 1 Spécialisation : 4 mensualités de 81,50 € – *par mandat S.E.P.A. pour un montant global de 326 €*
- 2 Spécialisations : 6 mensualités de 92,37 € – *par mandat S.E.P.A. pour un montant global de 554,20 €*
- 3 Spécialisations : 9 mensualités de 81,50 € – *par mandat S.E.P.A. pour un montant global de 733,50 €*
- 4 Spécialisations : 12 mensualités de 65,20 € – *par mandat S.E.P.A. pour un montant global de 1304 €*

## JE COCHE MON CHOIX POUR UN PAIEMENT COMPTANT

- 1 Spécialisation : 309,70 € – par mandat S.E.P.A. au lieu de 326 €.
- 2 Spécialisations : 526,49 € – par mandat S.E.P.A. au lieu de 652 €.
- 3 Spécialisations : 696,83 € – par mandat S.E.P.A. au lieu de 978 €.
- 4 Spécialisations : 743,20 € - par mandat S.E.P.A. au lieu de 1304 €

## SYNTHESE DE VALIDATION DE COMMANDE

*Je coche mes choix :*

**Nombre de spécialisations sélectionnées :**

- 1 Spécialisation -  2 Spécialisations -  3 Spécialisations -  4 spécialisations

**Mes sélections :**

- Parkinson -  Alzheimer -  Fibromyalgie -  Cancer -  Périnatal 1
- Endométriose -  Gestion du Stress -  Personnes âgées -  Sclérose en plaque

**Mon choix de paiement :**

- en paiement fractionné -  en paiement comptant

.../...

## VALIDATION FERME DE COMMANDE

- Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de vente et les accepte en intégralité et sans réserve.

J'ai pris acte que je bénéficie d'un délai de rétractation de 30 jours, sans avoir aucun motif à justifier - *Lettre modèle en annexe* -.

A.R.F. validera par retour d'e-mail la bonne réception du bon de commande et m'adressera un mail plus complet sous 72 heures , avec les modalités d'accès à la plateforme de formation ainsi que la facture.

Fait à ....., le .../.../ .....

Signature

## 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.

## ANNEXE 1

### 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