

LES ECURIES D OLBIA

Date :

Demande d'inscription

Courriel du responsable légal :

Année 2021-2022 (du 01/09/2021 au 01/09/2022)

1er demande

Renouvellement

1er membre

2ème membre

3ème membre

4ème membre et +

Cheval

Poney

Club

Propriétaire

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél domicile :

Tél urgence :

Courriel :

Profession :

N° de licence :

Montant de la cotisation :

J'autorise mon enfant à participer aux tâches jugées non-dangereuses sur le site des écuries.

J'autorise mon enfant à acheter des boissons non-alcoolisées et des denrées alimentaires sur le site des écuries.

J'accepte le droit à l'image sur tout support de communication lié au site des écuries.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepte les conditions.

Pour les mineurs

Nom et prénom du responsable légal :

Date de naissance du responsable légal :

Profession du responsable légal :

Courriel du responsable légal :

Personne à prévenir en cas d'accident :

Pour les propriétaires :

Nom du cheval :

N° de box :

Signature du membre ou responsable légal

LES ECURIES D'OLBIA 157 CHEMIN DE LA VERLAQUE 83400 HYERES

06.13.37.14.43 lesecuriesdolbia@gmail.com

TVA intra communautaire FR58847602182 -N° siret 84760218200010

IBAN FR76 3000 2039 4700 0007 0854 U29 - BIC : CRLYFRPPXXX

DOMICILIATION : RMED CARQUEIRANNE



Les Ecuries d'Olbia

157 Chemin de la Verlaque
83400 HYERES
Tél. : 06 13 37 14 43
Siret : 847 602 182 00010 – APE : 8551Z
TVA Intra : FR 58847602182

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Je soussigné(e) M. ou Mme _____

Autorise Les Ecuries d'Olbia à prélever la somme de _____ € le 10 de chaque mois.

Pour le Forfait _____ de _____

A compter du _____ jusqu'au _____

Je m'engage dans le cadre où les échéances de ce prélèvement ne seraient pas honorées à m'acquitter des frais bancaires inhérents à la période du refus. (au 01/09/2021 le montant s'élève à 17,50 €)

Le prélèvement du forfait ne pourra être interrompu en cours d'année sauf sur présentation d'un certificat médical. Il est rappelé que les cours non effectués sont rattrapables jusqu'à fin juin de chaque année. Attention le prélèvement peut être arrêté 10 jours avant son échéance passé ce délai aucun remboursement n'aura lieu.

Mandat de prélèvement



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) à envoyer des instructions à votre banque pour débitez votre compte, et (B) votre banque à débitez votre compte conformément aux instructions de _____

**SAS LES ECURIES D'OLBIA
SAS LES ECURIES D'OLBIA**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Identifiant créancier SEPA : **FR13ZZZ85BC1E**

Débiteur :

Votre Nom*

Votre Adresse*

Créancier :
Nom **SAS LES ECURIES D'OLBIA**
Adresse **157 CHEMIN DE LA VERLAQUE**

Code postal*

Code postal **83400** Ville **HYERES**

Pays*

Pays **FRANCE**

IBAN*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BIC**

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

Tiers débiteur

Tiers créancier

A* :

Le* :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Signature* : _____

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
(*) Veuillez compléter les données obligatoires du mandat.
(**) Obligatoire si hors de l'EEE. Facultatif pour les opérations Intra Espace Economique Européen (EEE).

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification prévus aux articles 38 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.