

## ADHERENT FITNESS

Vous avez choisi la formule à 30€ par mois. Aussi, l'association La Jeune France met en place un prélèvement automatique mensuel sur votre compte bancaire.

Pour cela, nous vous demandons de **compléter ce document et de le retourner daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC et IBAN** à l'accueil de la Jeune France au 47 rue Darmaillacq 49 300 CHOLET.

A chaque fin de mois, vous serez prélevé et cela jusqu'au 30 juin 2025.

Vous avez la possibilité de résilier votre abonnement sans engagement en nous transmettant votre demande par un courrier déposé à l'accueil de la Jeune France (ou envoyer un courrier recommandé avec accusé de réception).



La date effective de la fin de l'abonnement interviendra après un préavis d'un mois à réception du courrier ; le mois en cours n'étant pas pris en compte dans le préavis.

Ex : je dépose ma lettre de résiliation le 15 décembre, mon abonnement prendra fin le 31 janvier.

Pour tout complément d'information, merci de contacter l'accueil JF:

- Par téléphone au 02 41 49 06 30
- Par mail sur [jeunefrance@jfcholet.com](mailto:jeunefrance@jfcholet.com)

**Nom et prénom de l'adhérent:** .....

<b>Mandat de prélèvement SEPA</b>  <small>Single Euro Payments Area</small>	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'	<b>Association La Jeune France</b>	
	à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l' <b>Association La Jeune France</b>		
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.			
Référence unique du mandat :		Identifiant créancier SEPA :	<b>FR11ZZZ8706E4</b>
<b>Débiteur :</b>		<b>Créancier :</b>	
Votre Nom		Nom	<b>Association La Jeune France</b>
Votre Adresse		Adresse	<b>47 rue Alphonse Darmaillacq</b>
Code postal	_____ Ville _____	Code postal	<b>49 300</b> Ville <b>CHOLET</b>
Pays	_____	Pays	<b>France</b>
IBAN	<input type="text"/>		
BIC	<input type="text"/>	Paiement :	<input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel
A :		Le :	<input type="text"/>
<b>Signature :</b> <input type="text"/>		Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.	
<b>Veillez compléter tous les champs du mandat.</b>			