

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Formation Massage Crystal Touch Lithothérapie & Sonothérapie

___ & ___ 20___

A retourner complété à: elizabeth.contal@gmail.com

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : ____/____/____ Fonction : _____

Téléphone: ____-____-____-____-____ Mail: _____@_____

ACOMPTE : 20% à la commande : 751€ à l'inscription MONTANT : solde paiement : 3 006,40€

Possibilité de payer en 3 fois sans frais : 751,60€ (____.____.____.20___)

Les données personnelles vous concernant recueillies par l'intermédiaire de ce bulletin d'inscription, en ligne ou non, sont utilisées par CRYSTAL CONNEXION uniquement dans le cadre de la mise en oeuvre des services liés à votre inscription et ne font l'objet d'aucune communication à des tiers.

J'accepte ces conditions

Après avoir posé toutes mes questions à l'organisatrice, je valide mon inscription en envoyant ce document signé avec la mention «pour accord» au mail suivant : elizabeth.contal@gmail.com

-10% pour toute inscription avant le ____/____/____

Je procède au versement de 20% du total des formations et du kit complet «7 galets - 7 chakras». Le solde de la formation et du kit massage sera versé à la formation ou après acceptation du paiement en plusieurs fois. La facture totale sera délivrée après le paiement total de la formation. L'acompte ne pourra être remboursé pour toute annulation.

RIB. Domiciliation
CIC NICE LIBERTE
3 RUE DE LA LIBERTE. 06000 Nice.

Titulaire du compte (Account Owner)
CRYSTAL CONNEXION
19 avenue René Maurice 06000 NICE
06000 NICE

IBAN (International Bank Account Number)
FR7610096180850003165180.229 BIC. CMCIFRPP

Chèque à l'ordre CRYSTAL CONNEXION : Chèque n°Banque:
Adresse: CRYSTAL CONNEXION 19 avenue René Maurice 06000 Nice

Fait à : _____ Date : ____/____/____

Signature valant acceptation des CGV :

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Formation Initiation

Lithothérapie

A retourner complété à: elizabeth.contal@gmail.com

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : ____/____/____ Fonction : _____

Téléphone: ____-____-____-____-____ Mail: _____@_____

ACOMPTE : 50€ à l'inscription MONTANT : solde paiement : 130€ le jour de la formation

Les données personnelles vous concernant recueillies par l'intermédiaire de ce bulletin d'inscription, en ligne ou non, sont utilisées par CRYSTAL CONNEXION uniquement dans le cadre de la mise en oeuvre des services liés à votre inscription et ne font l'objet d'aucune communication à des tiers.

J'accepte ces conditions

Après avoir posé toutes mes questions à l'organisatrice, je valide mon inscription en envoyant ce document signé avec la mention «pour accord» au mail suivant : elizabeth.contal@gmail.com

RIB. Domiciliation
CIC NICE LIBERTE
3 RUE DE LA LIBERTE. 06000 Nice.

Titulaire du compte (Account Owner)
CRYSTAL CONNEXION
19 avenue René Maurice 06000 NICE
06000 NICE

IBAN (International Bank Account Number)
FR7610096180850003165180.229 BIC. CMCIFRPP

Chèque à l'ordre CRYSTAL CONNEXION : Chèque n°Banque:
Adresse: CRYSTAL CONNEXION 19 avenue René Maurice 06000 Nice

Fait à : _____ Date : ____/____/____

Signature valant acceptation des CGV :