

Cours :

Jour :

Heure :

Droit d'accès

Licence

/mois en

CAVALIER / CAVALIERE

Nom et prénom : _____

Licence n° : _____

Adresse _____

Téléphone : ____ . ____ . ____ . ____ Courriel : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____

Téléphone : ____ . ____ . ____ . ____

Je soussigné(e), atteste avoir pris connaissance et accepter les conditions générales de vente du présent contrat.

Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'article L. 321-4 du Code du sport, de l'intérêt que présente la souscription d'une assurance individuelle accident couvrant les dommages corporels auxquels je peux être exposé(e) dans le cadre de la pratique de l'équitation.

Je reconnais avoir pris connaissance et signé les conditions d'assurance responsabilité civile et individuelle accident offertes par la licence FFE, ainsi que des modalités permettant de souscrire des garanties complémentaires détaillées dans le présent contrat, sur ma page cavalier depuis le site www.ffe.com.

Je reconnais avoir parfaitement conscience de la différence entre les garanties d'assurance de base offertes dans la licence FFE et les garanties complémentaires payantes proposées.

Mon choix est le suivant :

Je souscris les garanties d'assurance individuelle accident offertes par la licence FFE.

Je souscris une garantie complémentaire payante auprès d'une assurance complémentaire ou directement sur ma Page Cavalier FFE depuis le site www.ffe.com.

Je refuse l'assurance individuelle accident offerte par la licence FFE et justifie être assuré(e) pour les dommages corporels ainsi que la responsabilité civile.

Nom de l'assureur : _____

Numéro du contrat _____

J'atteste avoir recueilli un avis médical favorable et ne présenter aucune contre-indication à la pratique de l'équitation.

J'accepte d'être recensé(e) dans le fichier informatique du club et bénéficie directement auprès du club d'un droit d'accès, de portabilité et de rectification conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

J'accepte l'utilisation de mon image par le club dans le cadre de la pratique de ses activités équestres.

J'atteste avoir pris connaissance et signé les conditions générales de vente du club, annexé au présent contrat.

Date et signature (précédée de la mention lu et approuvé) :



MANDAT de Prélèvement SEPA



Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) *{NOM DU CREANCIER}* à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de *{NOM DU CREANCIER}*.

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.

Veillez compléter les champs marqués *

Votre Nom	* 1	1
	Nom / Prénoms du débiteur	
Votre adresse	* 2	2
	Numéro et nom de la rue	
	* 3	3
	Code Postal	
	* 4	4
	Ville	
Les coordonnées de votre compte	* 5	5
	Pays	
	Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	
	* 6	
	Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code)	
Nom du créancier	* SCEA HARAS DU LOUP 7	7
	Nom du créancier	
I.C.S	* F R 6 2 Z Z 8 6 D 2 7 0 8	8
	Identifiant Créancier SEPA	
	* 40 Route de SAHURS 9	9
	Numéro et nom de la rue	
	* 7 6 3 8 0 10	10
	Code Postal	
	* CANTELEU 11	11
	Ville	
	* ...FRANCE..... 11	11
	Pays	
Type de paiement :	* Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/> 12	12
Signé à	* 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 13	
	Lieu	
	Date	
Signature(s) :	* Veuillez signer ici	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		

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

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du débiteur	..... 14	14
	Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque	
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)	..... 15	15
	Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre <i>{NOM DU CREANCIER}</i> et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.	
	Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.	
	..... 16	16
	Code identifiant du tiers débiteur	
	..... 17	17
	Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.	
Contrat concerné	..... 18	18
	Code identifiant du tiers créancier	
	..... 19	
	Numéro d'identification du contrat	
	..... 20	20
	Description du contrat	

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, 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 tels que 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.

A retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

1 : La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
 2 : Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères