Action Plénitude
- L'Université de la Sagesse -

BON DE COMMANDE

# MEMOIRES AKASHIQUES 2024

**Espace Marne – 147, Rue de la Marne – 33500 LIBOURNE** *- France*

**Offre spéciale Lancement susceptible d'être retirée sans préavis**

Document de 5 pages à compléter en LETTRES MAJUSCULES,

*à signer et à retourner par e-mail à*

eg@action-plenitude.com

à défaut par courrier postal

ACTION PLENITUDE

*– Enregistrement des Commandes –*

1, Rue du Vieux Port

33420 Saint Jean de Blaignac - *France*

*Je, soussigné.e,*

NOM : _____ Prénom : _____

Demeurant : _____ _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Pays :_____

N° de Téléphone portable : ____/____/____/____/____/ ou N° WhatsApp : _____/____/____/____/____/____/

e-mail : _____@ _____ *( écrire en LETTRES MAJUSCULES )*

Identifiant : Skype : _____
*- Facultatif-*

Identifiant Facebook : _____
*- Facultatif-*

◯ *Je reconnais avoir pris connaissance de l'offre et accepter les conditions générales de vente sur le site :* https://action-plenitude.com/

◯ *Je souhaite participer au stage **Mémoires Akashiques Initiation** qui se déroule du 23 au 25 Février 2024*

*au prix de lancement de **439,60 €** au lieu de 628 € - Hébergement/Restauration non inclus – soit une remise de 30%*

◯ *Je souhaite participer au stage **Mémoires Akashiques Intégration** qui se déroule du 22 au 25 Mars 2024*

*au prix de lancement de **439,60 €** au lieu de 628 € - Hébergement/Restauration non inclus – soit une remise de 30%*

◯ *Je souhaite participer au stage **Mémoires Akashiques Praticien** qui se déroule du 26 au 28 Avril 2024*

*au prix de lancement de **439,60 €** au lieu de 628 € - Hébergement/Restauration non inclus – soit une remise de 30%*

◯ ***Je souhaite participer aux 3 stages Mémoires Akashiques***

*au prix de lancement de **942 €** au lieu de 1.884 € - Hébergement/Restauration non inclus – soit une remise de 50%*

◯ *J'opte pour un paiement en 12 mensualités de 78,40 € par mandat S.E.P.A. récurrent*

◯ *J'opte pour un paiement comptant et bénéficie d'un escompte supplémentaire de 5%, soit 894,90 €*
*Paiement exclusivement par mandat S.E.P.A. Unique ou par C.B.*

*Pour un paiement par carte bancaire, prendre rendez-vous avec Eric en copiant/collant sur ton navigateur ce lien :*

*https://calendly.com/ericgimbert/paiement-par-c-b*

**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 – propriétaire de la marque commerciale Action Plenitude - 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 que pour 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 – Documents à nous retourner

*Par voie postale ou par e-mail avec vos documents joints au format pdf*

***Voie Postale :***

A.R.F. / Action Plenitude
Service des Réservations

1, Rue du Vieux Port

33420 Saint Jean de Blaignac

*Par e-mail :*

info@action-reflexo.fr

- Votre contrat de formation avec les annexes – Page 1 à 3 – paraphé de vos initiales en bas de chaque page ainsi que signé et daté de votre main sur la page 3.
- Le mandat S.E.P.A. Unique ou récurrent pour le prélèvement des sommes dues avec le R.I.B.
- Une photocopie de votre pièce d'identité en cours de validité.

- *La page 5 est à conserver par vous pour votre éventuel exercice du droit à rétractation.*

A réception de ses documents, nous prendrons contact avec vous par téléphone ou par e-mail et nous validerons l'acceptation de votre commande, sous réserve des places disponibles à ce tarif privilégié.

**RELATION CLIENTELE :**

**Eric Gimbert** est chargé de votre Relation avec le centre de formation et représente également Action Plénitude.

Pour le contacter, accéder à son agenda en copiant/collant ce lien sur votre navigateur :

https://calendly.com/ericgimbert/contact-en-vue-rdv-telephoique

## ANNEXE N°4– Modèle de lettre de Rétractation

Ne pas nous retourner ce document sauf mise en exercice de votre droit à rétractation
dans un délai ne pouvant dépasser 14 jours partant du jour de la transmission de votre commande.

*Je soussigné.e*

*NOM, Prénom : _____*

*Adresse Postale ou e-mail d'inscription : _____*

*déclare par la présente exercer mon droit de rétractation pour le.s stage.s choisi.s et dont les détails sont mentionnés dans la facture n° …… en date du ……/……/…..*

*Je vous serai gré de bien vouloir m'en accuser réception dans les meilleurs délais.*

*Fait à ……., le …./…../ ……*

*Votre signature*

*Ce courrier est à adresser par mesure de précaution en Lettre Recommandée avec accusé de réception à :*

*A.R.F. / Action Plénitude*

*Service des Réservations*

*1, Rue du Vieux Port*

*33420 Saint Jean de Blaignac*

*Vous pouvez aussi nous transmettre votre désistement par e-mail – avec accusé de réception à l'adresse :*

*info@action-reflexo.fr*

*Nous vous en accuserons bonne réception dans les 72 heures.*