

# ESPACE FORM

## COMPENSATION COVID-19

Document à compléter, signer et déposer à l'accueil de votre club.

Valable 30 jours à compter de la date de réouverture de votre club.

Votre club ESPACE FORM .....

COMPENSATION CHOISIE\* :

Je souhaite soutenir mon club ESPACE FORM et le reversement de 10% de mon montant aux coachs de mon club et ne souhaite pas de compensation.

Je souhaite soutenir mon club ESPACE FORM et le reversement de 10% aux organismes locaux de santé et ne souhaite pas de compensation pour les jours de fermeture.

Je souhaite OFFRIR 1 MOIS D'ABONNEMENT A UN PROCHE dès la réouverture du club.

Je souhaite prolonger la durée de mon abonnement avec engagement.

Je souhaite bénéficier d'une réduction sur mes prochaines échéances de mon abonnement liberté.

CIVILITE : MME.  / M.  DATE DE NAISSANCE : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

EMAIL : .....@ .....

TELEPHONE : .....

SIGNATURE DE L'ADHERENT

SIGNATURE & CACHET DU CLUB

\*un seul choix possible.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer votre demande. Les destinataires des données sont les administrateurs de votre club ESPACE FORM. Conformément à la loi "informatique et libertés " du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant directement à votre club. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.