



FORMULAIRE POUR DE DÉSABONNEMENT

Prénom* _____

Nom* _____

Adresse courriel * _____

Numéro de téléphone* _____

Numéro de membre* XXXXXXXXXX

Vous trouverez votre numéro de membre à l'arrière de votre carte de membre tel que montré dans l'exemple.

Oui, je désire mettre fin à mon abonnement de _____ semaines ou _____ mois en désirant avoir une offre de règlement selon les mois utilisés à prix régulier selon mon statut :

___ adulte

___ étudiant

___ 60 ans et +

___ couple

___ Corporatif

en concordance avec les sommes versées au 30 avril 2020.

Envoyer par courriel à pamela@sante2000leclub.com