

Afin de pouvoir enregistrer votre adhésion, nous vous invitons à dater et signer le bulletin d'adhésion ci-joint et à nous transmettre copie de votre attestation carte vitale, ainsi qu'un RIB.

Par ailleurs, vous trouverez également ci-dessous le Mandat de prélèvement SEPA qui est à détacher, à remplir et à signer par l'adhérent, et à transmettre à

- **APIVIA SANTÉ - 108 RUE RONSARD – CS 87323 – 37073 TOURS CEDEX 2**

après l'expiration d'un délai de 7 jours à compter de la signature de votre adhésion souscrite hors établissement, conformément aux dispositions de l'article L 221-10 du code de la consommation reproduit ci-dessous.

#### Article L 221-10 du code de la consommation (créé par Ordonnance n°2016-301 du 14 mars 2016)

Le professionnel ne peut recevoir aucun paiement ou aucune contrepartie, sous quelque forme que ce soit, de la part du consommateur avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de la conclusion du contrat hors établissement.

Toutefois, ne sont pas soumis au premier alinéa :

1° La souscription à domicile d'un abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 39 bis du code général des impôts ;

2° Les contrats à exécution successive, conclus dans les conditions prévues à la présente section et proposés par un organisme agréé ou relevant d'une décision de l'autorité administrative, ayant pour objet la fourniture de services mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail ;

3° Les contrats conclus au cours de réunions organisées par le vendeur à son domicile ou au domicile d'un consommateur ayant préalablement et expressément accepté que cette opération se déroule à son domicile ;

4° Les contrats ayant pour objet des travaux d'entretien ou de réparation à réaliser en urgence au domicile du consommateur et expressément sollicités par lui, dans la limite des pièces de rechange et travaux strictement nécessaires pour répondre à l'urgence.

Pour les contrats mentionnés aux 1° et 2° du présent article, le consommateur dispose d'un droit de résiliation du contrat à tout moment et sans préavis, frais ou indemnité et d'un droit au remboursement, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée du contrat restant à courir.

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (communiquée ultérieurement) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Apivia Santé à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Apivia Santé. 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. En outre, sauf sur ma demande expresse de garantie immédiate, Apivia Santé s'engage à ne pas prélever ma première cotisation avant l'expiration de mon délai de rétractation suivant mon adhésion souscrite hors établissement, conformément aux dispositions du code de la consommation.

### NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

#### Apivia Santé

7 rue Saint-Jacques - 86100 CHÂTELLERAULT  
S.A.S. au capital de 1 500 000€ - RCS. B 391 897 261  
ORIAS n° 07 019 262 (www.orias.fr)

ICS : FR24ZZZ389809



### COORDONNÉES DU DÉBITEUR

Nom : Prénom :

Adresse :

CP Ville :

Pays :

### COMPTE À DÉBITER

IBAN

BIC

### TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent /répétitif  Paiement ponctuel

À

Le SIGNATURE