Saison 2024/2025

Compétition :

Demandeur Nom : Prénom :

Adresse :

' :

Mail :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Indemnité journalière / salle* | *150,00 €* |  |
| *Nombre de jours* | 1 |  |
| *Nombre de salles* | 1 |  |
|  | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | | |
| **Montant à payer** | **150,00 €** |  |

Remboursement par virement bancaire. Veuillez remplir les informations nécessaires :

Nom de la banque : Bénéficiaire :

IBAN : I I I I I I I

BIC / SWIFT : I

Fait le : / / Signature :