



CBE CONCEPT SPA

Déposé le :

Accueil le :

Paiement le :

- Photo
 Certificat médical
 Règlement intérieur

Remarques :

.....

Demande d'abonnement Formule CBE

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Année de naissance : _____

Adresse : _____

N° postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Portable : _____

E-mail : _____

Prix : **Chf 1'200.-**

Mode de paiement : _____

Le preneur d'abonnement soussigné déclare :

1. Avoir pris bonne note du règlement du Centre de Bien-Être du Lausanne Palace & Spa ainsi que des conditions d'abonnement ci-jointes.
2. Avoir consulté son médecin traitant pour toute contre-indication éventuelle relative à son état de santé.

Lausanne, le : _____

Signature : _____