

Formulaire de demande de résiliation d'adhésion

Membership Cancellation Form

Nom complet / *Full Name* _____

Courriel / *Email* _____ Téléphone _____

Adresse / *Address* _____

Date de demande de résiliation d'adhésion / *Date of request for cancellation* _____

Raison / *Reason*:

annulation dans les 36 jours suivant l'adhésion / *cancellation within 36 days of joining*

Date originale de fin de contrat / *end date of original contract* _____

Paiement le plus récent / *last payment date* _____

Fob expirera le / *will now expire on* _____

mois restants / *months remaining* : _____

Y Fit 5 x 15 \$ = _____
 Club santé / *Health Club* x 35 \$ = _____

Total dû / *Total due* _____

Signature _____

Date _____

Reçu par / *received by* : _____