



**ENGAGEMENT DE PAIEMENT  
DU CYCLE AVANCE  
OPHTALMOLOGIE ET  
MASSAGES AUX ENFANTS  
EN 10 FOIS**

**Je soussigné(e),**

NOM : ..... PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
.....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

Déclare avoir noté que les frais d'enseignement (1700 €) du Cycle Avancé complet sont exigibles lors de l'inscription.

Je sollicite des délais de paiement pour cette formation.

Je joins dix chèques d'un montant de 170 € (cent soixante dix Euros) à l'ordre de LÜ MEN, datés du jour de leur signature.

Je demande à ce que chacun de ces chèques soit encaissé le 05 de chaque mois, d'octobre de cette année à juillet de l'année prochaine.

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

**LÜ MEN Ecole** : 67 cours Mirabeau - 13100 AIX - EN - PROVENCE  
Téléphone : 06 42 30 02 32 - Courriel : lumenecole@wanadoo.fr  
S.A.R.L. au capital de 7 622,45 Euros - RCS AIX - EN - PROVENCE B 404 391 005 - N° SIRET : 404 391 005 00018