



FORMULAIRE DE RÉTRACTATION

(Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez vous rétracter du contrat)

À l'attention de :
INTERMEDE CANCER – SERVICE RETOUR
16 RUE THOMAS COUTURE
60300 SENLIS

Je soussigné

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

N° DE TÉLÉPHONE :

E-MAIL :

Déclare annuler la commande suivante :

N° DE LA COMMANDE :

DATE DE LA COMMANDE :

REÇUE LE :

LIBELLÉ DES ARTICLES :

MONTANT TOTAL DE LA COMMANDE :

J'ai pris connaissance de ce que je dois retourner à Intermède cancer et les produits qui m'auraient été livrés en exécution de cette commande.

La présente annulation de commande doit être retournée complétée et signée par le client par recommandé avec AR (ou en tout cas par écrit) ou par mail dans un délai de 14 jours à compter de la date de livraison des produits.

Je serais remboursé de la totalité du montant payé dans un délai de 14 jours suivant la date de réception de l'annulation ou, si j'ai déjà été livré, à compter de la date de la restitution des produits au vendeur ou de la date à laquelle j'aurai fourni la preuve de l'expédition de ces biens en retour.

Fait à

Le

SIGNATURE