

FORMULAIRE DE RETRACTATION

En application des articles L. 221-5 à L. 221-10 et L. 221-18 à L. 221-28 du Code de la consommation.

CONDITIONS :

- compléter et signer ce formulaire ;
- l'envoyer par lettre recommandée avec avis de réception ;
- utiliser l'adresse suivante : Autonomie Santé 29, 24 rue du Pontic – 29400 LANDIVISIAU
- l'expédier au plus tard le quatorzième jour à partir du jour de la réception du produit ou, si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant (délai franc).

Formulaire de rétractation

À l'attention de :

Autonomie Santé 29

24 rue du Pontic

29400 LANDIVISIAU

Je vous notifie, par la présente, ma rétractation du contrat portant sur

Commandé le :
.....

Prénom et nom de l'acheteur :

Adresse de l'acheteur :

Date : .././....

Signature de l'acheteur