

FORMULAIRE DE RETRACTATION

Vous pouvez exercer votre droit de rétractation, jusqu'à 30 jours à compter de la réception de votre colis.

Pour exercer ce droit, vous devez retourner votre (vos) produit(s) en joignant ce formulaire au colis à envoyer à l'adresse suivante :

ILAPHARM C/O BSL, Bâtiment GEFCO 8 rue René Panhard, 35230 NOYAL-CHÂTILLON-SUR-SEICHE



Je _____

vous demande de me rembourser les produits listés ci-dessous :

Nom du produit	Quantité

Mode de remboursement souhaité :

- Carte bancaire
- Chèque bancaire

Numéro de commande _____

Numéro de client _____

Date de la facture _____

Colis reçu le _____

Votre adresse _____

Votre téléphone _____

Votre mail _____

Signature,

Date :