

FORMULAIRE DE RETRACTATION

Je vous notifie par la présente ma rétractation portant sur la vente du bien ou des biens ci-dessous :

Date et N° de commande :

Noms du (des) produit(s) concerné(s) :

Code client :

Nom et prénom:

Téléphone :

Email :

Adresse:

Code postal :

Ville :

Date :

Signature :

Il vous sera accusé réception de votre demande de rétractation par nos services.

Veillez nous retourner le(s) produit(s) concerné(s) au plus tôt et avant 14 jours à :

Laboratoire INSPHY
15 rue du Réservoir
CS 40001
34680 SAINT GEORGES D'ORQUES
Tél. : 04 67 10 70 31
Fax : 04 67 10 71 11
E-mail : contact@kinesoins.fr