

FORMULAIRE DE RETRACTATION

À l'attention de la Société LD MEDICAL - 5 rue des Investisseurs à CROSNE (91560)

Je vous notifie par la présente ma rétractation du contrat portant sur la vente du produit ci-dessous :

- Référence du produit : _____
- N° de la facture : _____
- N° du bon de commande : _____
- Commandé le [__/__/____]/reçu le [__/__/____]
- Moyen de paiement utilisé : _____
- Nom du Client et le cas échéant du bénéficiaire de la commande :
- Adresse du Client : _____
- Adresse de livraison (si celle-ci est différente) : _____

Date [__/__/____]

Signature du Client

(sauf retour par courrier électronique)