

FORMULAIRE DE RÉTRACTATION

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

A l'attention de PHARMA TRADE HEALTHCARE - Campus Saint Christophe – Galilée 2 – 10
avenue de l'Entreprise – 95800 Cergy

ou sur l'adresse info@pharmanord.fr

Je vous notifie par la présente mon souhait de rétractation du contrat portant sur la vente des compléments alimentaires Pharma Nord achetés auprès de votre société, dont les éléments figurent ci-dessous :

Commandé le (*)/reçu le (*) :

Nom et Prénom de l'acheteur :

Adresse de l'acheteur:

Téléphone de l'acheteur :

Signature de l'acheteur (uniquement en cas de notification de rétractation à l'aide du présent formulaire sur papier) :

Date :

(*) Rayez la mention inutile.