



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

A l'attention de Pharma-Z, 13 Avenue Bernard Chochoy 62380 Lumbres - France Métropolitaine, contact@pharma-z.com

Je/Nous (*) vous notifie/notifions (*) par la présente ma/notre (*) rétractation du contrat portant sur la vente du bien (*)/pour la prestation de services (*) ci-dessous :

Commandé le (*)/reçu le (*) :

Nom du (des) consommateur(s) :

Adresse du (des)
consommateur(s) :

Référence : Désignation du produit : Quantité :

| Référence : | Désignation du produit : | Quantité : |
|----------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Aidez nous à nous améliorer en nous précisant les motifs du retour :

J'ai pris connaissance des conditions relatives à l'existence et l'exercice du droit de rétractation dans les conditions générales

Fait à le



PHARMA-Z
Votre santé de A à Z

Formulaire de rétractation
Pharma-Z

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)