

FORMULAIRE POUR EXERCER LE DROIT DE RETRACTATION
--

À l'attention de la SELAS PHARMACIE DU FOUR BONAPARTE, 26 rue du Four, 75006 Paris,

No de téléphone : 01 46 33 20 81

Adresse email : serviceclient@citypharma.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) :

Signature du (des) consommateur(s) (uniquement en cas de notification du présent formulaire sur papier) :

Date :

(*) Rayez la mention inutile.