

FORMULAIRE DE RÉSILIATION

(Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez résilier un contrat.)

A l'attention de :
Quotidien du Médecin - service abonnement
1 rue Augustine Variot
92240 Malakoff

Nom / Prénom :

N° client :

E-mail :

Adresse postale :

.....

Formule et prix de l'abonnement :

Téléphone :

Motif(s) de résiliation :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Manque de temps | <input type="checkbox"/> Déçu du contenu |
| <input type="checkbox"/> Déplacement à l'étranger | <input type="checkbox"/> Résiliation temporaire de mon abonnement |
| <input type="checkbox"/> Problème de réception | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Raison financière | |
| <input type="checkbox"/> Souscription autre abonnement | |

Signature (précédée de la mention «Lu et approuvé»):

Fait à : Le