

FORMULAIRE DE RÉTRACTATION

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

Votre identité :

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

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

.....

Commandé le (*) / Reçu le (*)

Nom du consommateur :

Adresse du consommateur :

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

Date :

(*) Rayer la mention inutile