

(Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez exercer votre droit de rétractation)

A l'attention de :

LMP Santé
260, rue du Puech Radier
34970 Lattes
contact@lmp-sante.com

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous notifie ma rétractation du contrat portant sur la vente des produits ci-dessous :

Numéro de facture :

Commande passée le (*) / reçue le (*) :

Nom du client :

Adresse du client :

Date :

Signature du client :

(*) Rayez la mention inutile.