

Formulaire de rétractation

Si vous souhaitez résilier votre contrat, veuillez compléter ce formulaire et le renvoyer à :

Dr. Rath Health Programs B.V.
Email: info@rath-programs.com

Adresse Postale :
Dimass Group B.V.
Grote Ohéweg 3
6081 PT Haelen
Pays-Bas

Je / nous (*), soussigné/s, déclare / déclarons, par la présente que, résilie/ résilions mon / notre (*) contrat de vente des biens suivants :

.....
.....
.....
.....



Commandés le : Reçus le :

Nom :

Adresse :
.....

Date: Signature:

(*) Barrer la mention inutile