

Formulario de cancelación

Si desea cancelar el contrato, complete por favor este formulario y envíelo a:

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

Dirección Postal:
Dimass Group B.V.
Grote Ohéweg 3
6081 PT Haelen
Países Bajos

Yo / nosotros (*), el/ los(*) abajo firmante/firmantes(*) por este medio anulo/ anulamos (*) de mi / nuestro (*) contrato, los siguientes productos:

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

Ordenado el: Recibido el:

Nombre y apellidos:

Dirección:
.....

Fecha: Firma:

(*) tache lo que no corresponda.

