

Modulo di recesso

Se desideri recedere dal contratto compila il modulo e invialo a:

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

Indirizzo postale:
Dimass Group B.V.
Grote Ohéweg 3
6081 PT Haelen
Paesi Bassi

Io sottoscritto (*) con la presente desidero recedere dal presente contratto per i seguenti prodotti:

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

Ordinato il:

Ricevuto il:

Indirizzo:
Nome e Cognome:.....
.....
.....

Data: Firma:

(*) Si prega di cancellare ciò che è sbagliato

