



FORMULAIRE DE RÉTRACTATION Multipharma S.C.R.L

Remplir ce formulaire seulement si vous souhaitez résilier le contrat

Pour: Nom **Multipharma S.C.R.L.**
Rue + n° **Square Marie Curie 30**
Code postal + ville **1070 Anderlecht**
Téléphone **02/529.93.48**
Email **online@multipharma.be**

Je vous informe via ce formulaire que je souhaite résilier notre accord relatif à la vente de la commande suivante:

Numéro de commande	
Reçu le (jj/mm/aaaa)	

Mes coordonnées :

Nom :	
Rue + n° :	
Code postal + ville :	
Email :	
Téléphone :	

Signature:

Signer ce formulaire si vous envoyez ce formulaire par la poste et non pas email.

Date: _____