



MÉDICAL

Formulaire de rétractation

Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire à contact@oplusmedical.fr sous 14 jours à partir de la date de réception du colis, si vous souhaitez vous rétracter de tout ou d'une partie de votre commande.

A l'attention de : O Plus Médical - 3 rue Marcel Pagnol - 79300 Bressuire

Numéro de commande : Date de commande :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Par la présente, je vous notifie ma volonté de rétractation du contrat portant sur la vente des produits suivants (Précisez clairement la désignation du produit telle qu'indiquée sur votre facture / confirmation de commande. S'il s'agit de la commande complète, cochez « commande complète »)

Il s'agit d'une commande complète

Quelle est la raison de ce retour ? (facultatif)

Ne correspond pas à mes attentes

Autre :

Fait à : Le : Signature :

Vous disposez de 14 jours après la réception de votre commande pour retourner les produits qui ne vous conviendraient pas.

Les frais de retour sont à votre charge

Adresse de retour : O Plus Médical - 3 rue Marcel Pagnol - 79300 Bressuire