



Medecin Permis

Service privé distinct de l'administration

Formulaire de rétractation

Veuillez compléter le présent formulaire uniquement si vous souhaitez
vous rétracter de votre achat

Nom du Client :

.....

Prénom du Client :

.....

Adresse du Client :

.....

Code Postal et Ville du Client :

.....

Référence Facture/Dossier :

.....

Adresse mail et numéro de téléphone

.....

Je vous notifie par la présente ma rétractation du contrat portant sur la vente de la
prestation dont les références de paiement CB sont les suivantes :

Nom et Prénom du Titulaire de la Carte :

.....

Date de la transaction (date d'achat sur le Site) :

.....

Date d'envoi de la présente demande de rétractation :

.....

Signature du client acheteur (uniquement en cas de notification du présent formulaire sur
papier) :