

FORMULAIRE RELATIF AU DROIT DE RÉTRACTATION

Prénom et nom: _____

Adresse: _____

Lieu/ville: _____

Numéro de téléphone: _____

E-mail: _____

Numéro de facture: _____

Date de la commande: _____

Date de réception de la commande: _____

Produits retournés: _____

REMBOURSEMENT

Numéro de compte bancaire: _____

Date: _____

Signature du client: _____

Envoyez le formulaire rempli et signé (à l'adresse):

- par la poste:
Post CH AG - Logistik-Services
c/o Nutrisslim d.o.o.
Güterstrasse 59
4135 Pratteln INT

Le formulaire doit figurer dans le colis retour

*Complété par Nutrisslim d.o.o.

Reçu par*: _____

Traité par*: _____

Date de remboursement/de retour du produit*: _____