

FORMULAIRE DE RÉTRACTATION

(Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez vous rétracter du contrat.)

Votre identité :

A l'attention de :
Le Quotidien du Pharmacien - service abonnement
1 rue Augustine Variot
92240 Malakoff

abonnements@lequotidiendupharmacien.fr

Je vous notifie par la présente ma rétractation du contrat portant sur l'abonnement ci-dessous :

.....

Commandé le (*) / Reçu le (*)

Nom de l'abonné :

Adresse de l'abonné :

Signature de l'abonné (uniquement en cas de notification du présent formulaire sur papier) :

Date :

(*) *Rayer la mention inutile*