

FORMULAIRE DE RÉVOCATION

Si vous souhaitez résilier le contrat, veuillez compléter et renvoyer ce formulaire.

1) Bénéficiaire

Oral Science, 9575-C, Ignace Street, Brossard, QC J4Y 2P3, Canada
E-mail: info@curaprox.ca

2) Vos coordonnées

Je/nous (*) révoque/révoquons par la présente le contrat conclu par moi/nous (*)
pour l'achat des biens suivants (*) / la prestation du service suivant (*) :

a) commandé le (*) / reçu le (*)

b) Nom du client

c) Adresse du client

d) Signature (uniquement pour la communication sur papier)

e) Date et lieu

(*) Veuillez supprimer les mentions inutiles.