

**ANNEXE 1 – MODELE DE FORMULAIRE DE RETRACTATION**

À l'attention de LUXOMED, par courrier à l'adresse suivante : Parc Eurasanté, 250 Rue Salvador Allende - 59120 LOOS, ou par email à l'adresse suivante : [contact@luxomed.com](mailto:contact@luxomed.com).

Je (nom, prénom) \_\_\_\_\_ soussigné(e),

Vous notifie par la présente ma rétractation du contrat portant sur la commande suivante :

- N° de commande : \_\_\_\_\_
- Date de la commande : \_\_\_\_\_
- Date de livraison : \_\_\_\_\_ (*si applicable*)

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

Date :

\* \* \* \* \*