

FORMULAIRE DE RÉTRACTATION

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Adresse électronique :

déclare vouloir mettre en œuvre mon droit de rétractation.

Afin que votre demande puisse être prise en compte, nous vous prions de bien vouloir remplir les éléments suivants :

Numéro de la commande (*si je souhaite retourner la totalité de ma commande*) :

.....

Référence du produit (*si je souhaite retourner un seul produit de ma commande*) :

.....

Mode de paiement de la commande (*case à cocher*) :

- Virement bancaire
- Chèque
- PayPal

Le formulaire complété doit être envoyé :

A l'adresse postale suivante :

SERVICE BIP

229B Promenade des Anglais

06200 NICE

ou par email : info@servicebip.com