

### Notification de rétractation

- À Sphère-Santé - 31-35 rue des Renards - 78 500 Sartrouville
  
- Je/nous (\*\*) soussigné(s) notifie/notifions ma/notre (\*\*) rétractation du contrat:
  
- Contrat conclu le (\*): .....
  
- Nom du/des consommateur(s) (\*\*):.....
  
- .....
  
- Adresse(s) du/des consommateur(s) (\*\*):  
.....  
.....
  
- Signature du/des consommateur(s) (seulement si le présent formulaire est notifié par écrit) (\*\*):
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Date (\*\*):

(\*\*) Biffer la mention inutile.

(\*\*) Champ à remplir par le(s) consommateur(s) lorsque le présent formulaire est utilisé aux fins de rétractation du contrat.

Accusé de réception des informations:

Signature du consommateur: