FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXERCER LE DROIT DE RÉTRACTATION

art 14 des CGV

Procédure :

1. Remplir et signer ce formulaire, nous vous conseillons d'envoyer ce formulaire par courrier avec accusé de réception afin d'obtenir le justificatif de demande (votre demande doit être envoyée dans les 14 jours dès réception de vos produits).
2. Un mail de confirmation vous sera envoyé dès réception de votre courrier.
3. Le service retour vous fourni l'adresse à laquelle renvoyer vos produits et la conformité de votre demande (voir art 14 des CGV).
4. Contrôle de l'état et la conformité de vos produits (emballage, usage, ...).
5. votre remboursement est effectué.

Rappel : Délais de rétractation : 14 jours maximum à la date de réception de votre colis.

Tout retour effectué à l'adresse postale ne pourra être accepté

Adresse postale :

DR DISTRIBUTION
Service rétractation aspiland.com
Centre d'Affaires Reims Bezannes - 7 rue Pierre Salmon
51430 Bezannes
FRANCE

Adresse mail :

contact@aspiland.com

Je soussigné M **souhaite exercer mon droit de rétraction concernant ma commande ci-après :**

Référence de la commande :
Date de la commande :
Nom et Prénom :

Adresse mail :
Date de réception des produits

Réf. produits	Désignations	Quantités	Prix total

Informations complémentaires concernant votre demande :

Vous pouvez imprimer plusieurs fois ce formulaire si le nombre de case est insuffisant.

Je m'engage à retourner les produits ci dessus en bon état, complets, sans trace d'usage significative et ne pouvant pas être réexpédiés.
Dans le cas contraire, ils subiront une décote pouvant atteindre 100% de la valeur du produit.

Fait le :
À :

Signature :
Cachet de l'entreprise
(si société) :