

## **Formulaire de retour**

*(Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez exercer votre droit de retourner le produit dans un délai de 30 jours)*

A l'attention de :

**Société Ophmarket**

**33, avenue du Général de Gaulle**

**54280 Seichamps**

**contact@ophmarket.com**

Je notifie par la présente ma décision de retourner les produits listés ci-après :

.....  
.....

**Numéro de la commande(s) à renvoyer :** .....

**Produit(s) reçu(s) le :** .....

Pour le(s) motif(s) suivant(s) :

Non-conformité du produit à la commande

Préciser : .....

Autre motif

Préciser : .....

Nom et prénom du client(s) :

.....

Adresse du client(s) :

.....

Mail du client(s) :

.....

Numéro de téléphone du client(s) :

.....

Fait le : ..... / ..... / .....

À : .....

Signature du client(s) :