

## FORMULAIRE DE RÉTRACTATION

Veillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez vous rétracter du contrat.

A l'attention de Ciné-Archives – 2 place du Colonel Fabien – 75019 Paris - Tél : 01 40 40 12 50 mail : [contact@cinearchives.org](mailto:contact@cinearchives.org)

Je/nous (\*) vous notifie/notifions (\*) par la présente ma/notre (\*) rétractation du contrat portant sur la vente du ou des bien(s) ci-dessous :

Commande numéro :

Reçue le :

Nom du (des) client(s) :

Adresse du (des) client(s) :

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

Date :

*(\*) Rayez la mention inutile.*