



**FORMULAIRE DE RÉTRACTATION : SATISFAIT OU REMBOURSÉ DANS LES 30 JOURS
SUIVANT LA RÉCEPTION DE VOTRE COMMANDE ET SANS FRAIS DE RETOUR
pour la France métropolitaine**

PROCÉDÉ DE RÉTRACTATION

Pour une prise en compte immédiate de votre demande de rétractation, nous vous invitons à appeler le Service Clients au : 03 29 62 00 25 ou par mail à contact@robe-medical.com.

À défaut, complétez et signez ce formulaire de rétractation et renvoyez-le à l'adresse suivante : ROBÉ médical, 26 rue des Poncées, 88200 SAINT ETIENNE LES REMIREMONT au plus tard le 30ème jour suivant la réception de votre équipement.

Vous avez alors 14 jours à compter de votre date de rétractation pour nous le mettre à disposition dans son emballage d'origine avec l'ensemble de ses accessoires.

Les frais de retour sont à notre charge pour toute livraison en France métropolitaine (voir limitations).

INFORMATIONS CONCERNANT L'EXERCICE DU DROIT DE RÉTRACTATION

Vous avez le droit de vous rétracter du présent contrat sans donner de motif dans un délai de 30 jours à réception de votre marchandise, du dernier bien ou lot commandé.

Le délai de rétractation expire le 30ème jour après le jour où vous-même, ou un tiers autre que le transporteur et désigné par vous, prend physiquement possession du bien.

Pour exercer le droit de rétractation, vous devez nous notifier votre décision de rétractation du présent contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (par exemple, lettre ou mail).

Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de rétractation mais ce n'est pas obligatoire.

Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que vous transmettiez votre communication relative à l'exercice du droit de rétractation avant l'expiration du délai de rétractation.

EFFETS DE LA RÉTRACTATION

En cas de rétractation de votre part du présent contrat, nous vous rembourserons tous les paiements reçus de vous, y compris les frais de livraison (à l'exception des frais supplémentaires découlant du fait que vous ayez choisi, le cas échéant, un mode de livraison autre que le mode moins coûteux de livraison standard proposé par nous) sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard quatorze jours à compter du jour où nous sommes informés de votre décision de rétractation du présent contrat.

Nous procéderons au remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui que vous aurez utilisé pour la transaction initiale, sauf si vous convenez expressément d'un moyen différent ; en tout état de cause, ce remboursement n'occasionnera pas de frais pour vous.

Nous pouvons différer le remboursement jusqu'à ce que nous ayons reçu le bien.

Vous devrez rendre le bien, à nous-même ou au transporteur désigné par nous-même pour récupérer le

bien ou à l'un des point relais dont l'adresse figure sur le bon de retour qui vous sera adressé par le Service Clients et, en tout état de cause, au plus tard quatorze jours après que vous nous aurez communiqué votre décision de rétractation du présent contrat. Ce délai est réputé respecté si vous renvoyez le bien avant l'expiration du délai de quatorze jours.

Vous n'avez pas à prendre en charge les frais directs de renvoi du bien. Votre responsabilité n'est engagée qu'à l'égard de la dépréciation du bien résultant de manipulations autres que celles nécessaires pour établir la nature, les caractéristiques et le bon fonctionnement de ce bien.

EXCLUSIONS DU DROIT DE RÉTRACTATION

Le droit de rétractation ne pourra s'exercer en cas de produit avec option spécifique ou nuancé de couleur, ou date de péremption courte inférieure à 6 mois et plus généralement pour tout bien livré impossible à la revente en l'état.

LIMITATION HORS FRANCE MÉTROPOLITAINE

Pour toute livraison effectuée hors France Métropolitaine, les frais de retour seront à la charge du client. Le client disposera du choix des moyens de retour, mais ROBÉ médical s'engage à fournir une offre de transport de retour pour le client, dont le montant sera déduit du remboursement.

FORMULAIRE DE RÉTRACTATION

(Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez vous rétracter du contrat).

Votre numéro de commande : _____

À l'attention de ROBÉ médical, 26 rue des Poncées 88200 SAINT ETIENNE LES REMIREMONT CEDEX
Je vous notifie par la présente ma rétractation du contrat portant sur la vente du (des) bien(s) ci-dessous (indiquer la référence du (des) produit(s), la quantité et les désignations) :

Reçu le -----/-----/-----

Nom du client :

Adresse du client :

RÉTRACTATION

Signature :

(uniquement en cas de notification
du présent formulaire sur papier)

Date : -----/-----/-----