

## LES CAVES DU VIEUX PRESOIR

Nom :  
Prénom :  
N° Rue :  
CP Ville :  
N° de commande :

A l'attention de :  
Les Caves du Vieux Pressoir, ROUTE DEPARTEMENTALE 974  
"L'Hôpital de Meursault"  
21190 Meursault

### Objet : annulation de ma commande

Vous trouverez ci-dessous (*préciser le produit*) \_\_\_\_\_ que j'ai reçu le  
(*date*) \_\_\_\_\_ à la suite de la commande N° \_\_\_\_\_ que j'avais passée à  
distance (*préciser par internet ou par courrier* \_\_\_\_\_).

Conformément aux dispositions légales - Art. L121-21 et suivants du Code de la consommation, je  
vous prie de bien vouloir me rembourser la somme de (*préciser la somme*) \_\_\_\_\_,  
montant total de cette commande.

*Veillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement en cas de rétractation.*

Commandé le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Reçu le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom du consommateur : \_\_\_\_\_

Adresse du consommateur :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature :

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_