

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT  
PARTIEL DE LA METHODE CHOIX**

Merci de bien vouloir prendre connaissance des conditions générales de l'offre de remboursement partiel de la méthode choix disponibles sur le site [www.mybubelly.com](http://www.mybubelly.com) et de cocher la case avant de compléter le présent formulaire.

**« J'ai lu et j'accepte les conditions générales de l'Offre de remboursement partiel de la méthode choix »**

Merci de compléter et de renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez être remboursé partiellement de la méthode choix

Le présent formulaire peut être renvoyé :

- par voie postale à l'adresse suivante :

**MYBUBELLY**  
45 rue de Monceau  
75008 Paris  
France

- par email à l'adresse suivante : [remboursement@mybubelly.com](mailto:remboursement@mybubelly.com)

Je notifie par la présente ma demande de remboursement partiel portant sur un tier (1/3) de mon abonnement à la méthode choix :

**Numéro de commande** : .....

**Référence de l'abonnement** : .....

**Date de la souscription de l'abonnement** : .....

**Durée de l'abonnement** : .....

**Nom de l'abonnée** :

.....

**Numéro de l'abonnée :**

.....

**Adresse de l'abonnée :**

.....

.....

**Numéros des box :**

**box n° 1 :** .....

**box n° 2 :** .....

**box n° 3 :** .....

**box n° 4 :** .....

J'adresse les éléments suivants conditionnant l'éligibilité de ma demande de remboursement :

- copie de l'acte de naissance de l'enfant.

Signature de l'abonnée (uniquement en cas de notification du présent formulaire sur papier) :

Date : .../...../...