

# FORTRYDELSESFORMLAR

Denne formular udfyldes og returneres kun, hvis fortrydelsesretten gøres gældende.

Til:

Corpus Care Clinic ApS

Jernbanegade 6, 2.

5000 Odense C

E-mail: fs@corpuscare-clinic.dk

Jeg meddeler herved, at jeg ønsker at gøre fortrydelsesretten gældende i forbindelse med min købsaftale om følgende varer (venligst skriv varenummer og varenavn)

---

---

---

---

---

---

---

Bestilt den: \_\_\_\_\_

Ordrenummer: \_\_\_\_\_

Bestilt af (navn): \_\_\_\_\_

Bestillers adresse: \_\_\_\_\_

Bestillers underskrift: \_\_\_\_\_