

## FORTRYDELSESFORMLAR

### VIRKSOMHEDENS INFORMATIONER

Name: Helseservice.dk

CVR.NR.: 42651869

Telefon: 30133144

E-mail: kontakt@helseservice.dk

Virksomhedsadresse: Høgsvigvej 4

Postnummer: 7280

By: Sdr. Felding

### KUNDENS INFORMATIONER

Navn:

Adresse:

Telefon:

E-mail:

By:

Postnummer:

### FØLGENDE VARER HVOR FORTRYDELSESRETTEN SKAL GØRES GÆLDENDE

### DATO FOR MODTAGELSE AF OVENSTÅENDE VARER

Dato:

### KUNDENS UNDERSKRIFT

Jeg meddeler herved, at jeg ønsker at gøre fortrydelsesretten gældende i forbindelse med ovenstående varer. Samtidigt vedstår jeg at alle informationer jeg har påført fortrydelsesformularen er rigtige.

**Kundens underskrift:**

**Dato:**

---

---