

Standardfortrydelsesformular

(denne formular udfyldes og returneres kun, hvis fortrydelsesretten gøres gældende)

- Til MEDshop.dk, Sandvadvvej 3, DK-5210 Odense NV, Danmark, Tlf: +45 66101220, Fax: +45 70141689, Mail: reklamation@medshop.dk

- Jeg/vi (*) meddeler herved, at jeg/vi (*) ønsker at gøre fortrydelsesretten gældende i

forbindelse med min/vores (*) købsaftale om følgende varer (*)/levering af følgende

tjenesteydelser (*):

- Bestilt den (*) _____ /modtaget den (*) _____

- Forbrugerens navn: _____

- Forbrugerens adresse: _____

- Forbrugerens underskrift: _____

(kun hvis formularens indhold meddeles på papir)

- Dato _____

(*) Det ikke relevante udstreges