

Retourformulier voor herroeping

(dit formulier alleen invullen en terugzenden als u de overeenkomst wilt herroepen)

— Aan

Zorgwinkel Millingen
Burgemeester Eijckelhofstraat 1A
6566 AR Millingen aan de Rijn
info@zorgwinkelmillingen.nl
0481 846835

— Ik/Wij (*) deel/delen (*) u hierbij mede dat ik/wij (*) onze overeenkomst betreffende de verkoop van de volgende goederen/levering van de volgende dienst (*) herroep/herroepen (*):

— Besteld op (DD-MM-YYYY) :

— Bestelnummer :

— Ontvangen op (DD-MM-YYYY):

— Naam/Namen consument(en)

— Adres consument(en) :

— IBAN Rekeningnummer:

— Handtekening van consument(en) (alleen wanneer dit formulier op papier wordt ingediend)

— Datum(DD-MM-YYYY):

(*) Doorhalen wat niet van toepassing is.