

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

Til:

swissclinic.dk
Langebrogade 5
1411 København K
info@swissclinic.dk

Jeg meddeler herved, at jeg ønsker at gøre fortrydelsesretten gældende i forbindelse med min købsaftale om følgende varer/tjenesteydelser:

.....

Bestilt den:

Modtaget den:

.....

.....

Forbrugerens navn:

.....

Forbrugerens adresse:

.....

Forbrugerens underskrift: *(kun hvis formularens indhold meddeles på papir)*

.....

Dato:

.....