

FORTRYDELSESFORMLAR

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

Til:

Helsehylden ApS

Siestavej 6

2600 Glostrup

E-mail: info@helsehylden.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 _____