

# Standardfortrydelsesformular

- Til **Klinik Refresh ApS, Aarhusvej 100, 8940 Randers, sanne.kp@hotmail.com, 60525527**

- 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 (Forbrugernes navne)

- Forbrugerens adresse (Forbrugernes adresse)

- Forbrugerens underskrift (Forbrugernes underskrifter) (kun hvis formularens indhold meddeles på papir)

- Dato

(\*) Det ikke relevante udstreges