

Denne formular udfyldes, hvis fortrydelsesretten gøres gældende

Du kan sende oplysningerne i denne formular på e-mail, eller du kan sende den med posten. Vær opmærksom på, at fortrydelsesretten først træder i kraft, når vi har oplysningerne i hænde. Vedlæg så vidt muligt en kopi af din faktura eller følgeseddel. Husk at gemme din postkvittering som dokumentation for, at varen er sendt retur til os.

Til Mediq Danmark A/S
Kornmarksvej 15-19, 2605 Brøndby

Tlf. 3637 9200, Fax. 3641 4415
E-mail: kundeservice@mediqdanmark.dk

Jeg meddeler herved, at jeg ønsker at gøre fortrydelsesretten gældende i forbindelse med min købsaftale om følgende varer:
(Anfør venligst varenummer, tekst og returneret antal)

Årsag til returnering

- Fortrydelsesret Fejlleverance, forkert vare leveret Skadet vare Varen lever ikke op til beskrivelse
 Utilfreds med leverancetid Øvrigt (beskriv venligst herunder):

Bestilt den

Modtaget den

Navn

Adresse

Ved bankoverførsel

Registreringsnummer

Kontonummer

Underskrift

Dato