| Fortrydelsesformular |
| --- |
| VirksomhedENs informationer |
| Name: Dermatech-Group ApS |
| CVR.NR.: 40251782 | Telefon71741108 | E-mail: info@kjaersfeldt.dk |
| Virksomhedsadresse: Juelsmindevej 57 |
| Postnummer: 7120 | By: Vejle |
| Kundens informationer |
| Navn: |
| Adresse: |
| Telefon: | E-mail: |
| By: | Postnummer: |
| Følgende varer hvor fortrydelsesretten skal gøres gældende |
|  |
| Dato for modtagelse af ovenstående varer |
| Dato: |
| Kundens underskrift |
| Jeg meddeler herved, at jeg ønsker at gøre fortrydelsesretten gældende i forbindelse med ovenstående varer. Samtidigt vedstår jeg at alle informationer jeg har påført fortrydelsesformularen er rigtige. |

**Kundens underskrift**: **Dato**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_