|  |
| --- |
| **Fortrydelsesformular** |
| **VirksomhedENs informationer** |
| Name: Herbalwise ApS |
| CVR.NR.: 38766651 | Telefon: 2861 8002 | E-mail: hej@herbalwise.dk |
| Virksomhedsadresse:C/O Nordic Health CenterHolbergsgade 12, st. 3 |
| Postnummer: 1057 | By: København K |
| **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**:

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