

Standardfortrydelsesformular

- Til **BodyCare Randers, c/o Clinique Unique, Torvet 24, 2. sal, 8700 Horsens, info@bodycare-randers.dk, 24208713**

- 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