

Modelformulier voor ontbinding / herroeping

Dit formulier alleen invullen en terugzenden als u de overeenkomst wilt ontbinden / herroepen.

BAP Medical
Laan van Westenenk 64
7336 AZ Apeldoorn
info@bap-medical.com

Ik/Wij (*) deel/delen (*) u hierbij mede dat ik/wij (*) onze overeenkomst betreffende de verkoop van de volgende goederen/levering van de volgende dienst (*) herroep/herroepen (*):

Besteld op (*)/Ontvangen op (*)

Naam/Namen consument(en)

Adres consument(en)

Handtekening van consument(en) [alleen wanneer dit formulier op papier wordt ingediend]

Datum

(*) Doorhalen wat niet van toepassing is.