Modelformulier voor herroeping

Vul dit formulier alleen in en stuur het terug wanneer je de overeenkomst wilt herroepen.

Aan:
medichain medisch
Solingenstraat 43, 7421 ZR Deventer, Nederland
klantenservice@medichainmedisch.nl

Verklaring van herroeping

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

Product(en) of dienst(en)

Bestelnummer (indien bekend)

Besteld op

Ontvangen op

Naam consument(en)

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

E-mailadres (optioneel)

Datum

Handtekening consument(en)

Een handtekening is alleen nodig wanneer je dit formulier op papier indient.
(*) Doorhalen wat niet van toepassing is.

Stuur het formulier per e-mail naar klantenservice@medichainmedisch.nl
of per post naar het bovenstaande adres. Je ontvangt vervolgens retourinstructies.