



Fortrydelsesformular

Denne formular skal kun udfyldes og returneres, hvis fortrydelsesretten gøres gældende.

Til:

PhaseLift

Skåningevej 50

4773 Stensved

info@phaselift.dk

Jeg meddeler herved, at jeg ønsker at gøre fortrydelsesretten gældende i forbindelse med min købsaftale om følgende varer/tjenesteydelser:

Bestilt den/modtaget den:

Forbrugerens navn:

Forbrugerens adresse:

Forbrugerens underskrift (kun hvis formularens indhold meddeles på papir):

Dato:
