

# Formulier voor ontbinding / herroeping

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

Aan:

Sub-Medical

Generaal Snijdersstraat 60

5703 GT Helmond

info@sub-medical.nl

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.