



Retourformulier voor ontbinding/herroeping

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

Ik deel u hierbij mede dat ik onze overeenkomst betreffende de verkoop van de volgende goederen herroep:

Ordernummer:

Product(en):

Besteld op:

Ontvangen op:

Naam:

Adres:

Reden van ontbinding/herroeping:

Na invullen en verzenden van het formulier, kunt u deze uitprinten en bij de retourzending doen. Kunt u het formulier niet printen? Vermeld dan het ordernummer van uw bestelling achter de tekst 'Retour webshop' op het verzendlabel.

U mag het pakket versturen naar:

Westfalen Medical BV

Retour webshop

Rijgsstraat 14

7418 EW Deventer

De kosten voor de retourzending zijn voor uw eigen rekening, in overeenstemming met ons retourbeleid.

*** Handtekening**

--

Dit formulier a.u.b. volledig invullen en mailen naar verkoop@westfalenmedical.nl