

# CareTrade

## FORTRYDELSESFORMLAR

(DENNE FORMULAR UDFYLDES OG RETURNERES KUN, HVIS FORTRYDELSESRETTEN GØRES GÆLDENDE)

**Til:**

CARETRADE APS  
NIELS BOHR'S ALLÉ 21  
2860 SØBORG  
DANMARK  
E-MAIL: XMAIL@CARETRADE.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: \_\_\_\_\_