



Blindes Arbejde

KØBS-FORTRYDELSESFORMULAR

(Denne formular udfyldes og returneres kun, hvis fortrydelsesretten gøres gældende)

Til:

Den Erhvervsdrivende Fond Blindes Arbejde,
Tomsgårdsvej 17 – 19, 3.sal,
2400 København NV,
Danmark
e-mail ba@blindes-arbejde.dk

Alt i nedenstående der er markeret med * skal der svares på for at dokumentet er gyldigt.

*Jeg/vi meddeler herved, at jeg/vi ønsker at gøre fortrydelsesretten gældende i forbindelse med min/vores købsaftale om følgende varer/produkter (udfyldes af kunden):

*Bestilt den (udfyldes af kunden):

*Modtaget den (udfyldes af kunden):

Evt. Kommentar vedrørende fortrydelsen:

*Kundens navn (udfyldes af kunden):

*Kundens adresse (udfyldes af kunden):

*Kundens underskrift:

*Dato for udfyldelse: