

## STANDARDFORTRYDELSESFOMULAR

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

### Til:

Medico Maske by Mermaid Medical A/S

Knud Bro Allé 5

3660 Stenløse

Danmark

Telefon: 47108570

E-mail: [medicomaske@mermaidmedical.dk](mailto:medicomaske@mermaidmedical.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:** \_\_\_\_\_

**Handelsbetingelser er senest opdateret den 05/08-2020**