

MODELFORMULIER VOOR HERROEPING

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

**Aan Dema International NV – Avenue de l'Expansion 9A – 4432 Alleur,
Fax : 04/365.90.53 - info@dema-gezondheid.be**

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*