

# dermalogica

## STANDARDFORTRYDELSEFORMULAR

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

Til:

**dermalogica.dk**

**Jens Juuls Vej 22**

**8260 Viby J.**

**e-mail: info@dermalogica.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: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

(kun hvis formularens indhold meddeles på papir)