

Til
OneMed A/S
P.O. Pedersens Vej 16
8200 Aarhus N

! Denne formular udfyldes og returneres kun,
hvis fortrydelsesretten gøres gældende.

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:

Underskrift: (kun hvis formularens indhold meddeles på papir)

Dato: