

Modelformulier voor ontbinding / herroeping

Dit formulier alleen invullen en terugzenden als u de overeenkomst wilt ontbinden / herroepen.

Aan: My Own Health b.v.
Laan van Kronenburg 14
1183AS Amstelveen
info@myownhealth.nl

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)

Datum

(*) Doorhalen wat niet van toepassing is.