



Standardfortrydelsesformular

[denne formular udfyldes og returneres kun, hvis fortrydelsesretten gøres gældende]

Til Amway Danmark ApS, Carl Gustavs Gade 3, 1. th., 2630 Taastrup; Tlf.: 43 31 32 33; Fax: 43 31 32 43;
E-mail: amway_danmark@amway.com

Jeg/vi (*) meddeler herved, at jeg/vi (*) ønsker at gøre fortrydelsesretten gældende i forbindelse med min/vores (*) købsaftale om følgende varer (*)/levering af følgende tjenesteydelser (*) _____

Bestilt den (*)/modtaget den (*) _____

Forbrugerens navn (Forbrugernes navne) _____

Forbrugerens adresse (Forbrugernes adresse) _____

Forbrugerens underskrift (Forbrugernes underskrifter) (kun hvis formularens indhold meddeles på papir) _____

Dato _____

(*) det ikke relevante udstreges.