

# Sundhed Syd

## Standardfortrydelsesformular

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

**Til:**

Sundhed Syd ApS  
Grundtvigs Allé 170, 1. th.  
6400 Sønderborg  
sundhedsyd@sundhedsyd-aps.dk

**Jeg medeler 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:**