

HERROEPINGSFORMULIER

(Dit formulier alleen invullen en terugzenden als u de overeenkomst wilt herroepen)

Aan Apotheek Newpharma bvba – A.Légipont, Rue Basse-Wez 315 , 4020 Luik
(info@newpharma.be)

Ik deel u hierbij mede dat ik onze overeenkomst betreffende de verkoop van de volgende goederen van de volgende dienst herroep:

- Bestellingnummer: _____
- Besteld op ____ / ____ /20____ ontvangen op ____ / ____ /20____
- Naam consument : _____
- Adres consument : _____

- Datum ____ / ____ /20____