

**Standardfortrydelsesformular:**

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

Til:

Medicoline ApS  
Søndre Viaduktvej 11  
DK-4600 Køge

E-mail: [info@medicoline.dk](mailto:info@medicoline.dk)

Jeg meddeler herved, at jeg ønsker at gøre fortrydelsesretten gældende i forbindelse med min købsaftale om følgende varer/tjenesteydelser:

Ordrenr.: \_\_\_\_\_ Vare beskrivelse: \_\_\_\_\_

Bestilt den: \_\_\_\_\_ Modtaget den: \_\_\_\_\_

Forbrugerens navn: \_\_\_\_\_

Forbrugerens adresse: \_\_\_\_\_

Forbrugerens underskrift: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

*(kun hvis formularens indhold meddeles på papir)*

Handelsbetingelserne er senest opdateret d. 05.06.2025