



Timmers
MediCare

Aan :
Timmers Medicare
Kade 51
4703 GC Roosendaal
Tel: 0165 560 609
E-mail: info@timmersmedicare.nl

Geachte,

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 (DD-MM-YYYY) :

Bestelnummer :

Ontvangen op (DD-MM-YYYY):

Naam/Namen consument(en) :

Adres consument(en) :

IBAN Rekeningnummer:

Handtekening van consument(en) (alleen wanneer dit formulier op papier wordt ingediend):

Datum (DD-MM-YYYY):

() Doorhalen wat niet van toepassing is.*