

Retourformulier

Aan:

Klemans Groep B.V. / Jobacom Pharma B.V.
Breek 13
1671 GE Medemblik

Contact:

informatie@jobacom.com
0227-540745

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

Besteld op / Ontvangen op:

Bestelnummer:

Naam consument:

Adres consument:

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

Datum: