



ÅNGERFORMULÄR

Om du önskar häva köpeavtalet, fyll i formuläret och skicka det till oss.

TILL:

**THE CLOAKROOM B.V.
REGULIERSDWARSSTRAAT 50
1017BM AMSTERDAM
NEDERLÄNDERNA**

TELEFON:

+46 (0) 8 446 82090

EMAIL:

CONTACT@THECLOAKROOM.SE

Jag/Vi* vill härmed häva köpeavtalet för följande varor:

Beställt den _____

Mottaget den _____

Kundens namn _____

Kundens adress _____

Kundens underskrift (endast nödvändigt om dokumentet skickas i pappersform)

Datum

*Stryk över det som inte är relevant.