

Ångerblankett

Information om näringsidkare

Namn
Adress
Faxnummer (i förekommande fall)
E-post (i förekommande fall)

Information om konsument

Namn	
Namn 2 (om ni är fler som gjort köpet)	
Adress	
Telefonnummer (*)	E-post (*)

Jag/Vi (*) meddelar härmed att jag/vi (*) frånträder mitt/vårt (*) köpeavtal avseende följande varor(*) / tjänster(*)	
Beställdes (datum) (*)	Mottogs (datum) (*)

Ort	Datum
Underskrift (gäller endast pappersblankett)	Underskrift 2 (om ni är fler som gjort köpet)

(*) Stryk det som inte gäller.