## Angreskjema

## ved kjøp av varer og tjenester som ikke er finansielle tjenester

Fyll ut og returner dette skjemaet dersom du ønsker å gå fra avtalen

Utfylt skjema sendes til:   
(den næringsdrivende skal sette inn sitt navn, geografiske adresse og ev. telefaksnummer og e-postadresse)

|  |
| --- |
| Klinikk Arendal AS |
| Vesterveien 44, 4839 Arendal |

Jeg/vi underretter herved om at jeg/vi ønsker å gå fra min/vår avtale om kjøp av følgende: (sett kryss)

varer (spesifiser på linjene nedenfor)

tjenester (spesifiser på linjene nedenfor)

|  |
| --- |
|  |
|  |

Sett kryss og dato:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avtalen ble inngått den (dato) |  | (ved kjøp av tjenester) |
| Varen ble mottatt den (dato) |  | (ved kjøp av varer) |

Forbrukerens/forbrukernes navn:

|  |
| --- |
|  |

Forbrukerens/forbrukernes adresse:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dato: |  |  |

|  |
| --- |
| Forbrukerens/forbrukernes underskrift (dersom papirskjema benyttes) |