Returformular Klinik Rokkjær

Denne formular udfyldes og sendes med returpakken, hvis du ønsker at gøre din fortrydelsesret gældende.

Varer modtaget d._____

Ordrenr.	
Dit navn	
E-mail	

Vare	Antal	Returneringsårsag

Kommentarer:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Når vi har modtaget din returnering, begynder vi at behandle den. Skulle du have nogle spørgsmål vedr. returnering kan du kontakte Klinik Rokkjær på mail: info@klinikrokkjaer.dk
eller tlf.42 30 00 91.

Returneringer har ca. en behandlingstid på 14 dage.