

# Modelformulier voor ontbinding/herroeping

Dit formulier alleen invullen en terugzenden als u de overeenkomst wilt ontbinden/herroepen.

BAP Medical  
Laan van Westenenk 64  
7336 AZ Apeldoorn  
[info@bap-medical.com](mailto:info@bap-medical.com)

Ik/Wij (\*) deel/delen (\*) u hierbij mede dat ik/wij (\*) onze overeenkomst betreffende de verkoop van de volgende goederen/levering van de volgende dienst (\*) herroep/herroepen (\*):

Besteld op (\*)/Ontvangen op (\*)

Naam/Namen consument(en)

Adres consument(en)

Handtekening van consument(en) [alleen wanneer dit formulier op papier wordt ingediend]

Datum

(\*) Doorhalen wat niet van toepassing is.