

## Formulier voor ontbinding / herroeping

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

Aan:

**Stichting Ortho Health Foundation**

Jadelaan 63

2132 XX Hoofddorp

[info@sohf.nl](mailto:info@sohf.nl)

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.