

# 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 og returnert vare sendes til:

**Fretex Nettbutikk**  
**Postboks 283 Alnabru**  
**0614 Oslo**

(ved bestilling av Norgespakke oppgi telefonnummer 93074457)

**NB! Ønsker du å reklamere vare pga. feil/mangel, ta kontakt med oss først på [nettbutikk@fretex.no](mailto:nettbutikk@fretex.no)**

Jeg underretter herved om at jeg ønsker å gå fra min avtale om kjøp av følgende:

| Varenr: | Ingen grunn<br>(ombestemte<br>meg) | Plagget<br>passer ikke   | Feil strl.<br>oppgitt    | Hull                     | Flekk                    | Hvor ligger<br>mangel, evt.<br>Annet: |
|---------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
|         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                       |
|         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                       |
|         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                       |
|         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                       |
|         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                       |
|         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                       |
|         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                       |
|         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                       |

Varen ble mottatt den (dato): \_\_\_\_\_

Forbrukerens navn: \_\_\_\_\_

Forbrukerens adresse: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Forbrukerens underskrift: \_\_\_\_\_