

## Retourschein

Wenn Ihr Kauf nicht nach Ihrem Geschmack ist, können Sie ihn innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt zu uns zurück senden.

### **Rücksendeadresse:**

De Panfluit Praktijk  
Dokter Kanterslaan 175  
5361 ND Grave  
Die Niederlande

### **Benodigde gegevens retour**

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

Land, PLZ, Ort:

Datum:

Artikelbezeichnung	Artikel-Nr	Geld zurück	Erhalten am	Kurz den Fehler beschreiben

Bank:

BLZ:

Konto-Nr. (IBAN):

Unterschrift:

---

Ort, Datum