

Widerrufsformular

(Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück.)

An

Medikbedarf Michael Fischer

Bahnhofstraße 33

56564 Neuwied

Fax: +49 2631 946658

E-Mail: service@medikbedarf.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (*) den von mir/uns (*) abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren (*) / die Erbringung der folgenden Dienstleistung (*)

Bestellt am _____ (*)/erhalten am _____(*)

Name des/der Verbraucher(s) _____

Anschrift des/der Verbraucher(s)

Datum

Unterschrift des/der Verbraucher(s) *(nur bei Mitteilung auf Papier)*

(*) Unzutreffendes streichen