MUSTER-WIDERRUFSFORMULAR

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

An

Horn Medical Producing & Trading GmbH

Seefeldstraße 12 Haus B

68623 Hüttenfeld

info@horn-medical.com

Telefaxnummer: 06256-831418

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