

Widerrufsformular

Wenn Sie Ihren Vertrag widerrufen möchten, können Sie dieses Formular ausfüllen und zurücksenden an:

MedPlus Medizintechnik GmbH
Wachauer Str. 16
01454 Radeberg OT Liegau-Augustusbad
Fax: 035201/817211
vertrieb@medplus24.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 und Unterschrift des/der Verbraucher(s) -nur bei Mitteilung auf Papier-

(*) Unzutreffendes streichen.