

MUSTER-WIDERRUFSFORMULAR

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

An

Harald Quecke

Authorized Opedix Distributor

Rehweg 4

88433 Schemmerhofen

Telefax: +49 (0) 7356 7359424

Email: info@opedix.de

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

(Name der Ware, ggfs. Bestellnummer)

Bestellt am _____ (*) Erhalten am _____ (*)

Name und Anschrift des/der Verbraucher(s)

Datum

Unterschrift des Verbrauchers

(*) Unzutreffendes streichen