

Muster-Widerrufsformular

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

An:
Ralf Eschenbach
Eschenbach Medical GmbH
Antonie-Werr-Straße 7
97082 Würzburg

Tel.: +49-(0)931-46070590
Fax: +49-(0)931-46070591
E-Mail: info@eschenbach-medical.de
Internet: www.eschenbach-medical.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):

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

Datum:
