

Muster-Widerrufsformular

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

An:

dr.reinwald healthcare gmbh + co kg
Friedrich-Luber-Str. 29
90592 Schwarzenbruck
Fax: +49-(0)9128-739 77-29
E-Mail: mail@drreinwald.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, ggf. Bestellnummer, Preis:

Ware bestellt am (*)/Ware erhalten am (*):

Name und Anschrift des Verbrauchers

Datum

Unterschrift Kunde (nur bei schriftlichem Widerruf)

(*) Unzutreffendes bitte streichen

dr.reinwald healthcare gmbh + co kg

Friedrich-Luber-Str. 29
DE 90592 Schwarzenbruck

Tel. + 49 (0)9128 739 770
Fax. + 49 (0)9128 739 7729

Mail mail@drreinwald.de
Web www.drreinwald.de

