

Widerrufsformular

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

notfallkoffer.de Med. Geräte GmbH
Niedersachsenstraße 7
49186 Bad Iburg

Fax: +49 (0) 5403 – 79 44 68
E-Mail: info@notfallkoffer.de

Hiermit widerrufe(n) ich / wir (*) abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren (*) / die Erbringung der folgenden Dienstleistungen (*):

Gründe des Widerrufs (Freiwillige Angabe, die zur Qualitätssicherung und schnelleren Bearbeitung dient.):

Bestellt am (*) _____

Erhalten am (*) _____

Name des / der Verbraucher(s) _____

Anschrift des / der Verbraucher(s) _____

Datum und Unterschrift des / der Verbraucher(s) - nur bei Mitteilungen auf Papier -

(*) Unzutreffendes streichen