

WIDERRUFSFORMULAR



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

An
medicops24
Widerruf
In den Auwiesen 16
69168 Wiesloch

Per Fax an: 06222 665 899 9
Per E-Mail an: info@medicops.net

Hiermit widerrufe(n) ich/wir den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren:

.....

.....
(Name der Ware, ggf. Bestellnummer und Preis)

Bestellt am: Erhalten am:

.....

.....
(Name und Anschrift des Kunden)

.....
Datum

.....
Unterschrift Kunde
(Nur bei schriftlichem Widerruf)