

Widerrufsformular

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

An HB Medizinprodukte mit System Tulpenring 13 A 34549 Edertal, Fax: 05623-9336257,

Email praxisprodukt@gmx.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) _____

Datum / Unterschrift des/der Verbraucher(s)

(*)Unzutreffendes streichen