

Muster-Widerrufsformular

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es an die folgende Adresse zurück:

Practomed GmbH
c/o Lebenshilfe Lörrach
Industriestraße 4
79541 Lörrach

E-Mail: widerruf@practomed.de
Telefon: +49 7621 401240
Fax: +49 7621 140196

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:

(*) Unzutreffendes streichen.