

Widerrufsformular



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

An:

Cloverline Medizin- und Praxisprodukte GmbH

Max-Eyth-Straße 16

71735 Eberdingen-Hochdorf

Fax: 07042-27310-19

E-Mail: info@desiderm.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): _____

Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier):

Datum: _____

* nicht Zutreffendes bitte streichen