

## MUSTER-WIDERRUFSFORMULAR

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

An

Medikodirekt GmbH

Siemensstraße 24

30916 Isernhagen

Telefax: +49 511 54437101

info@medikodirekt.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 \_\_\_\_\_ (\*)

Rechnungsnummer : \_\_\_\_\_ (\*\*)

Kundennummer : \_\_\_\_\_ (\*\*)

Name des/der Verbraucher(s) \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

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

(\*) Unzutreffendes streichen

(\*\*) Angabe ist freiwillig