

Muster-Widerrufsformular

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

An

Medikodirekt GmbH

Großhorst 24

30916 Isernhagen

Fax: +49 5136 9730878

E-Mail: 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 _____ (*)

Name des/der Verbraucher(s) _____

Anschrift des/der Verbraucher(s)

Datum

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

(*) Unzutreffendes streichen