

Muster-Widerrufsformular

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

An:

Spring Medical
Zweigniederlassung Ofa Bamberg GmbH
Im Meißel 15-17
71111 Waldenbuch

Faxnummer: 07157-883788

E-Mail: c.ebbinghaus@spring-medical.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (*) den mit 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