

**Widerrufsformular**

Wenn Sie den Vertrag widerrufen möchten, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück an:

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

Fax-Nr.: 07157 / 88 37 88  
E-Mail: info@skysocks.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag über den Kauf folgenden Waren:

---

---

---

---

Auftragsnummer: \_\_\_\_\_

Bestellt am: \_\_\_\_\_

Erhalten am: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Verbrauchers:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift