

WIDERRUFSFORMULAR

Wenn Sie Ihre Bestellung widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es ausgefüllt zurück an:

Zepter Medical GmbH
An den Eichen 6 - 8
D-42699 Solingen

Email: info@zepter-gesundheit.de
Telefon: +49 (0) 212 / 645 646 -0
Fax: +49 (0) 212 / 645 646 -399

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

.....
.....
.....
.....

(Produktname, Artikelnummer, ggf. Bestellnummer und Preis)

Bestellt am: (Datum)

Erhalten am: (Datum)

Vor- und Nachname:

.....

Anschrift:

.....
.....

Telefonnummer:

.....

Email:

.....

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Kunde