

Muster-Widerrufsformular

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

An
MED TRUST GmbH
Bergener Ring 17-19
01458 Ottendorf-Okrilla
Fax: 035205/469-19
E-Mail:office@medtrust.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir ⁽¹⁾ den von mir/uns ⁽¹⁾ abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren ⁽¹⁾ / die Erbringung der folgenden Dienstleistung ⁽¹⁾:

Bestellt am _____ ⁽¹⁾/erhalten am _____ ⁽¹⁾

Name des/der Verbraucher(s) _____

Anschrift des/der Verbraucher(s) _____

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

¹ Unzutreffendes streichen