

Widerrufsformular

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

An
Exel Medical GmbH
Gewerbepark B17/II - Straße 3/6
524 Teesdorf
Fax: 02253 / 20 2 20
E-Mail:office@exelmedical.at

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

Bestellt am _____ (*)/erhalten am _____ (*)

Name des/der Verbraucher(s) _____

Anschrift des/der Verbraucher(s) _____

Datum
Papier)

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

(*) Unzutreffendes streichen