

WIDERRUFSFORMULAR

§ 1 Geltungsbereich

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

An **medisana GmbH, Carl-Schurz-Str. 2, 41460 Neuss**, info@medisana.com; Fax:+49(0)2131 3668 5095:

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

Auftrags/Rechnungsnummer

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

Datum

* Unzutreffendes streichen