

Muster-Widerrufsformular

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

- An Silvia und Hubert Paul GbR, Andreas-Odenwald-Weg 4, 75177 Pforzheim, Deutschland, n.wille@hsp-medical-care.de

- 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)

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

- Datum

() Unzutreffendes streichen.*