

Muster-Widerrufsformular

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

per Post an

Saalmann medical GmbH & Co. KG
Südbahnstraße 34
32547 Bad Oeynhausen
Deutschland

oder per Telefax: +49 (0) 5731 25450 11

oder per E-Mail: info@saalmann-medical.de

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

- 1)
- 2)
- 3)
- ...

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.