

Widerrufsformular

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

HELLER MEDIZINTECHNIK GmbH & Co. KG
Europaplatz 2
35619 Braunfels
Deutschland
Tel.: +49 6442 9421-0
Fax: +49 6442 9421-12
E-Mail: info@heller-medizintechnik.de

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

Name der Ware:.....

Rechnungsnummer:.....

Preis:.....

Bestelldatum:.....

Ware erhalten am:.....

Name und Anschrift des Verbrauchers:

.....
.....
.....
.....

Datum

.....

Unterschrift Kunde (nur bei schriftlichem Widerruf)

.....