

Muster-Widerrufsformular



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

An:

VSM Virus Safety Mask GmbH & Co. KG

Braunmattstraße 28-30

76532 Baden-Baden

Fax +49 (0) 7221 53014

E-Mail: info@vsm-med.com

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): _____

Datum

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

(*) Unzutreffendes streichen