WIDERRUFSFORMULAR

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

PROFIMED Dentalvertriebs- und Prophylaxe-GmbH
Neue Straße 11
83071 Stephanskirchen

Fax: 08031-72508
E-Mail: info@profimed.de

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

.....
.....

Bestellnummer:.....

Bestellt am:.....

Erhalten am:.....

Name des/der Verbraucher(s) :

.....

Anschrift des/der Verbraucher(s) :

.....

.....

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

.....

Ort, Datum:.....