

Widerrufsformular

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

An
MEDICANDO
Jochen Krahnfeld
Leverner Str. 20
32361 Pr. Oldendorf
Deutschland
Fax: 05742-922 4962.
eMail: info@medicando.de

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

Dienstleistung (*Falls unzutreffend streichen*) _____

Ware (*Falls unzutreffend bitte streichen*) _____

Bestellt am: _____

Erhalten am: _____

Name der Verbrauchers: _____

Anschrift des Verbrauchers: _____

Datum/Unterschrift des/der Verbraucher(s) _____

(nur bei Mitteilung auf Papier)

() Verbraucher ist lt BGB §13 jede natürliche Person, die ein Rechtsgeschäft zu Zwecken abschließt, die überwiegend weder ihrer gewerblichen noch ihrer selbständigen beruflichen Tätigkeit zugerechnet werden können.*

Unternehmer und Selbständige, sofern sie nicht Verbraucher im Sinne des BGB §13 sind, können vom Widerrufsrecht keinen Gebrauch machen.