

Widerrufsformular

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses

Formular aus und senden Sie es zurück an:

RMP-MED Steffen Roßberg medizinische Produkte e.K.
Thomas-Mann-Straße 16
01259 Dresden
E-Mail: shop@rmp-med.shop

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)_____

Unterschrift des/der Verbraucher(s)