

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.
Bismarckstraße 56
01257 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)