

MUSTER-WIDERRUFSFORMULAR

Möchten Sie den Vertrag widerrufen, so füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es an uns zurück.

Lithomed.de, Dr. Udo Steinmann e.K., Friedrich-Stein-Str. 7-9, 97421 Schweinfurt,
Fax: 09721/186699, E-Mail: widerruf@lithomed.de

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

.....

.....
(Name der Ware, ggf. Bestellnummer und Preis)

Bestellt am:
Datum

Erhalten am:
Datum

Name des/der Verbraucher(s):

Anschrift des/der Verbraucher(s):
.....

.....
Unterschrift des/der Verbraucher(s)
(nur bei Mitteilungen auf dem Papier)

.....
Ort, Datum

(*) Unzutreffendes streichen.