

Widerrufsformular



Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück.

meetB gesellschaft für medizintechnik mbH

Tulpenweg 24

D-14552 Michendorf

Tel: 033205 - 2499-0

Fax: 033205 - 2499-29

Email: firma@meetb.de

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

(Name der Ware, ggf. Bestellnummer und Preis)

Bestellt am:

Erhalten am:

(Datum)

(Datum)

Name und Anschrift des Kunden:

Kundennummer: _____

Name: _____

Organisation: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift & Stempel