Widerrufsformular



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

meetB gesellschaft für medizintechnik Vertrieb mbH

Tulpenweg 24

D-14552 Michendorf

Tel: 033205 - 2499-0 Fax: 033205 - 2499-29 Email: firma@meetb.de

	•	-	rtrag über den Kauf der folgenden
Waren / die Erbri	ingung der tolge	enden Dienstleistung:	
(Name der Ware, ggf. B	estellnummer und Prei	s)	
Bestellt am:		Erhalten am:	
(Datum)		(Datum)	
Name und Ansch	rift des Kunden	:	
Kundennummer:			
Name:			
Organisation:			
Adresse:			
PLZ, Ort:			
Hiermit bestätige	ich die Richtigke	it der oben gemachten Angabe	en.
Ort	 Datum	 Name in Druckbuchstaben	Unterschrift & Stempel