

Widerrufsformular

Wenn Sie Ihre Bestellung widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus.

An:

Cellavent Healthcare GmbH
Am Trippelsberg 43
40589 Düsseldorf
Telefon: 0211/ 95 76 18 46
Telefax: 0211/ 95 76 46 73

Hiermit widerrufe(n) ich/wir*

.....

den den Kauf der folgenden Produkte:

.....

Bestellt am*/ erhalten am:

.....

Name und Anschrift:

.....

Rückerstattung: (Bankverbindung, PayPal Adresse, etc.)

.....

Datum, Unterschrift

*Unzutreffendes bitte durchstreichen