

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/ 78 17 69 80
Telefax: 0211/ 78 17 69 81

Hiermit widerrufe(n) ich/wir*:

(Name und Anschrift)

den Kauf der folgenden Produkte:

(Rechnungsnummer)

Bestellt am*/ erhalten am:

(Datum)

Art d. Rückerstattung: (Bankverbindung, PayPal Adresse, etc.)

Datum, Unterschrift

*Unzutreffendes bitte durchstreichen