

Widerrufsformular

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

An

BestMD
Thomas Schmidt
Clemens-Adams-Str. 10
53604 Bad Honnef
Tel. 02224-901980
info@nimmmichnochmal.de

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

Bestellt am / erhalten am (*) _____

Name des / der Verbraucher(s) _____

Anschrift des / der Verbraucher(s) _____

Unterschrift des/der Verbraucher(s) _____
(nur bei Mitteilung auf Papier)

Datum _____

(*) Unzutreffendes streichen.