

Muster für das Widerrufsformular

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

An:
Hellmut Habel Gesellschaft m.b.H.
Ignaz-Köck-Straße 20
1210 Wien
Tel.: +43/1/292 66 42
Fax: +43/1/290 12 45
E-Mail: shop@habel-medizintechnik.at

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)

Datum

Unterschrift des/der Verbraucher(s)

(*) Unzutreffendes streichen