

Widerrufsformular

Dr. Hönle Medizintechnik GmbH

Dornierstraße 4

82205 Gilching

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