



Muster-Widerrufsformular

(Füllen Sie dieses Formular aus und senden Sie es nur zurück, wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen)

Mitteilung über den Rücktritt vom Kaufvertrag

Hiermit erkläre ich meinen Rücktritt vom Vertrag über den Kauf dieser Waren

Datum

Kundendaten

Vor- und Nachname des Käufers

Bestelldatum

Anschrift des Käufers

Verkaufsbelegnummer

Die Rückerstattung des Kaufpreises erfolgt durch

Überweisung auf das Bankkonto

Bestellnummer

Unterschrift des Käufers

.....

Gründe für den Rücktritt (optional)

.....

Kontaktieren Sie den Kundendienst per e-mail: reklamation@hammerarzt.at