

WIDERRUFSFORMULAR

Für einen Widerruf des Vertrages senden Sie uns bitte dieses Formular ausgefüllt zurück.

An:

Healthcare Medical Marketing
St.-Martin-Straße 53-55
81669 München

Email: info@hc-mm.de
Fax: +49 89 720 17-783

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)

* nicht Zutreffendes bitte streichen