

Widerrufsformular

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

An

Roquette Klötze GmbH & Co. KG
Lockstedter Chaussee 1
38486 Klötze

Telefon: +49 (0) 3909 47260
Telefax: +49 (0) 3909 510489
E-Mail: info@algomed.de

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

.....

.....

(Name der Ware, ggf. Bestellnummer und Preis)

Ware bestellt am:

.....

Datum

Ware erhalten am:

.....

Datum

Name und Anschrift des Verbrauchers

.....

.....

.....

.....

Datum

.....

Unterschrift Kunde

(nur bei schriftlichem Widerruf)