

Widerrufsformular

Sie können mithilfe dieses Widerrufsformulars von Ihrem Vertrag innerhalb von 14 Tagen ab Zustellung der Ware zurücktreten.

Bitte füllen Sie alle notwendigen Informationen aus, um Ihren Vertrag zu widerrufen:

Ich (Titel, Vorname, Nachname) _____

widerrufe hiermit den von mir abgeschlossenen Vertrag über den/die folgende(n) Artikel:

Artikelbezeichnung(en): _____

Bestellt am: _____

Rechnungsnummer: _____

Weitere Daten:

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

E-Mail-Adresse: _____

Bankverbindung:

Name des Kontoinhabers: _____

IBAN: _____

Datum: _____ Unterschrift (nur bei Mitteilung auf Papier): _____

Bitte senden Sie das Widerrufsformular ausgefüllt an MIN MEDICAL INNOVATION NETWORK GmbH, Franz Schalk-Platz 9/2, A-1130 Wien, Mail: office.wien@medicalinnovation.eu, Fax: +431/877 68 29.