

Muster-Widerrufsformular

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

podo medi Netherlands B.V.

Hinmanweg 9 H
7575 BE Oldenzaal
Niederlande

Fax: 0800 - 93 16 16 16

E-Mail: info@podomedi.de

.....

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

Bestellt am / erhalten am (*) _____

Name des/der Verbraucher(s) _____

Anschrift des/der Verbraucher(s) _____

Datum, Unterschrift des/der Verbraucher(s),

(*) Unzutreffendes streichen