

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

Delmed

Kreuzweg 654
47809 Krefeld

oder kostenfrei per Fax an: 0800-99110011
oder per E-Mail (gescannt oder fotografiert) an: service@delmed.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir _____

den von mir/uns _____

abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren:

PZN / Artikelnr.	Beleg- und/oder Rechnungsnummer ggf. Kundennummer	Anzahl

die Erbringung der folgenden Dienstleistung: _____

Bestellt am _____ erhalten am _____

Name des/der Verbraucher(s) _____

Anschrift des/der Verbraucher(s) _____

Sie tragen die Kosten der Rücksendung der Ware, wenn der Preis der zurückzusendenden Sache(n) einen Betrag von 40 Euro nicht übersteigt. Beträgt der Preis der zurückzusendenden Sache mehr als 40 Euro, übernehmen wir die Rücksendekosten in Höhe der üblicherweise für den Standardversand anfallenden Gebühren.

Datum Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier)