

WIDERRUFSFORMULAR

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

— An die MED TRUST Handelsges.m.b.H., Gewerbepark 10, 7221 Marz, Telefax: 02626 / 64 190 - 77, E-Mail: office@medtrust.at:

— 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)

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

— Datum

(*) Unzutreffendes streichen.