

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

sollten Sie von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen wollen, so können Sie das nachfolgende Muster-Widerrufsformular ausdrucken, ausfüllen und an uns per Briefpost, Fax oder E-Mail senden.

Mit besten Wünschen für Ihre Gesundheit,

Ihre humacentris Medizintechnik GmbH

## **Muster-Widerrufsformular**

An:

humacentris Medizintechnik GmbH, Kappusstiege 13, 46282 Dorsten,

Fax: 02362-9996260,

E-Mail: info@humacentris.de

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

- 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 bitte streichen**