

Widerrufsformular

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

An

CEDIP Verlag Arztbedarf
DI Christoph Resatz
Breitstetter Straße 2A
A-2285 Leopoldsdorf im Marchfelde

Tel.: +43 (0)2216 20212
Fax: +43 (0)2216 20212-88
email: cedip@cedip.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): _____

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

(*) Unzutreffendes streichen.

