

Widerrufsformular

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

1. An:

CLOVERLINE® Medizin- und Praxisprodukte GmbH

Stuttgarter Straße 66

74321 Bietigheim-Bissingen

info@cloverline.com

Tel.: 07042-27310-00

Fax: 07042-27310-19

2. Hiermit widerrufe(n) ich/wir den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren / die Erbringung der folgenden Dienstleistung:

.....

.....

(Name der Ware, ggf. Bestellnummer und Preis)

3. Bestellt am:

4. Erhalten am

.....

(Datum)

.....

(Datum)

5. (Name, Anschrift des Verbrauchers)

.....

.....

.....

6. Datum

.....

Unterschrift Kunde(nur bei schriftlichem Widerruf)