

Widerrufsformular

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

An
SymbioVaccin GmbH
Auf den Lüppen 8
35745 Herborn
Fax: 02772-981151

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

Bestellt am (*)/erhalten am (*) : _____

Name des/der Verbraucher(s) : _____

Anschrift des/der Verbraucher(s) :

Unterschrift des/der Verbraucher(s)

Datum : _____

(*) Unzutreffendes streichen.