

# Widerrufsformular

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

An

Luftikus Offene Wundverbände GmbH  
Spichernstraße 11  
10777 Berlin  
Deutschland

Fax: 030 8100 3413  
shop@luftikus-wundverbaende.de

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