

Sparmed

Kreuzweg 654

47809 Krefeld

oder kostenfrei per Fax an: 0800-9911071

oder per E-Mail (gescannt oder fotografiert) an:
service@sparmed.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir _____

den von mir/uns _____

abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren:

PZN / Artikelnr. falls bekannt (8-stellige Nr.)	Beleg- und/oder Rechnungsnummer ggf. Kundennummer	Anzahl

die Erbringung der folgenden Dienstleistung: _____

Bestellt am _____ erhalten am _____

Name des/der Verbraucher(s) _____

Anschrift des/der Verbraucher(s) _____

Sie tragen die Kosten der Rücksendung der Ware, wenn der Preis der zurückzusendenden Sache(n) einen Betrag von 40 Euro nicht übersteigt. Beträgt der Preis der zurückzusendenden Sache mehr als 40 Euro, übernehmen wir die Rücksendekosten in Höhe der üblicherweise für den Standardversand anfallenden Gebühren.

Ort, Datum

Unterschrift