

**Widerrufsformular**

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

An  
Saarmed Medizinbedarf GmbH  
Vaubanstraße 25-27  
66740 Saarlouis

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

Art.-Nr.	Bezeichnung	Menge

Ware bestellt am:

.....

Datum

Ware erhalten am:

.....

Datum

Name und Anschrift des Verbrauchers

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Datum

.....

Unterschrift Kunde

*(nur bei schriftlichem Widerruf)*