



## Widerrufsformular

Telefon: +49 (0) 69 / 76 80 56 98-22 · E-Mail: Info@FormMed.de

An

**FormMed HealthCare GmbH**

Schönberger Weg 13

60488 Frankfurt am Main

### Für den Widerruf Ihrer Bestellung:

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und senden Sie es zurück.

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

Artikelnummer	Anzahl	Rücksendegrund (**)

### Rücksendegründe:

Bitte tragen Sie die Ziffer des zutreffenden Grundes in das Feld Rücksendegrund ein. (\*\*)

- 01 Falsch bestellt
- 02 Empfehlungsänderung
- 03 Unverträglichkeit
- 04 Falsch geliefert
- 05 Artikel beschädigt (Bitte beschreiben Sie hierbei die Art der Beschädigung)
- 06 Transportschaden
- 07 Anderer Grund (Bitte beschreiben Sie hierbei den Grund der Rücksendung)

.....  
Auftragsnummer

.....  
Kunden-Nr.

.....  
Bestellt am (\*) / erhalten am (\*)

.....  
Name, Vorname

.....  
Anschrift

(\*) Unzutreffendes bitte streichen; (\*\*) freiwillige Angabe.