



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.