

## Widerrufsformular

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

An

### **SFM Hospital Products GmbH**

Alexander-Meissner-Str. 14  
12526 Berlin

Fax: 030 63908519  
E-Mail:shop@sfm-berlin.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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Verbraucher(s) *(nur bei Mitteilung auf Papier)*

---

(\*) Unzutreffendes streichen