

Widerruf-Formular | PromaInject.com

Hiermit widerrufe(n) ich/wir den von mir/uns abgeschlossenen Kaufvertrag für die folgend genannte Bestellung (Vollwiderruf) bzw. die unten aufgelisteten Artikel (Teilwiderruf).

Vorname, Nachname

Firma/Praxis (optional)

Adresse, PLZ, Ort

Bestelldatum

Bestellnummer

Der Widerruf umfasst:

- alle Artikel der oben genannten Bestellung (Vollwiderruf).
- folgende Artikel aus der oben genannten Bestellung (Teilwiderruf):

Position	Artikelnummer	Artikelbezeichnung	Anzahl
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte helfen Sie uns, indem Sie optional Ihre Gründe für den Widerruf angeben. Vielen Dank!

Ich/wir bestätigen, dass der Widerruf entsprechend dem [Widerrufsrecht](#) der PromaMedical GmbH erfolgt und dessen Gültigkeit und Bedingungen eingehalten werden.