

# Muster-Widerrufsformular

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

-An Petra Fitzthum, Meißner Straße 90, 01445 Radebeul, Fax: 0-351 833 99 89, E-Mail: kontakt@formel-gesundheit.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)

---

-Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier)

---

-Datum

---

(\*) Unzutreffendes streichen