

Widerrufsformular



Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es an uns zurück.
Gerne können Sie es auch faxen.

MCI Medical Care Instruments GmbH
In den Reesen 14-15
D-31167 Bockenheim

Fax +49 (0) 50 67 24 98 01

Phone +49 (0) 50 67 24 97 77

Email info@spange-mci.de

whatsApp +49 (0) 178 77 82 0 83

Hiermit widerrufe(n) ich/wir(*) den zwischen der Fa. MCI und mir/uns(*) abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Artikel(*)

Bestellung vom _____ Erhalten am _____ Rechnungsnummer _____

Zahlungsweg _____

Name | Kontoinhaber _____

Vorname _____

Straße | Hausnummer _____

PLZ | Ort _____

Telefon (für Rückfragen) _____

IBAN DE _____

BIC _____ Name des Kreditinstitutes _____

Ort/Datum Unterschrift _____

(*) Unzutreffendes bitte streichen