

W I D E R R U F S F O R M U L A R

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

An

Thoamed.Ltd

Minköfe 5

D-34466 Wolfhagen

Fax: +49 (0) 5692 - 9960520

E-Mail: service@thoamed.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (*) den von mir/uns (*) geschlossenen 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.