

Widerrufsformular

An CAPULUS Medical, Postfach 654114, Hamburg, info@elogie.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):

Datum

(*) Unzutreffendes bitte streichen

ENDE DER WIDERRUFSBEHLERUNG