

## Muster-Widerrufsformular

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

An:

dr.reinwald healthcare gmbh + co kg  
Prackenfelder Str. 18  
90518 Altdorf bei Nürnberg  
Fax: +49-(0)9187 8087829  
E-Mail: mail@drreinwald.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (\*) den von mir/uns (\*) abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren / die Erbringung der folgenden Dienstleistung (\*):

Name der Ware, ggf. Bestellnummer, Preis:

---

---

---

Ware bestellt am (\*)/Ware erhalten am (\*):

---

Name und Anschrift des Verbrauchers

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde (nur bei schriftlichem Widerruf)

\_\_\_\_\_  
(\* ) Unzutreffendes bitte streichen

---

**dr.reinwald** healthcare gmbh + co kg

Prackenfelder Str. 18  
DE 90518 Altdorf bei Nürnberg

Tel. + 49 (0)9187 80878 0  
Fax. + 49 (0)918780878 29

Mail mail@drreinwald.de  
Web www.drreinwald.de

