

WIDERRUFSFORMULAR

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen möchten, füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es an uns zurück.

An die
SEPIN Orthopädietechnik Sanitätshaus GmbH
Völkermarkter Straße 97
9020 Klagenfurt am Wörthersee
Fax: +43 (0) 463 55668-3
E-Mail: office@sepin.at

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

.....
.....

- Bestellt am (*)/erhalten am(*):

- Name des/der Verbraucher(s):

- Anschrift des/der Verbraucher(s):
.....
.....
.....
.....

.....
Ort, Datum

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

() Unzutreffendes bitte streichen*

KLAGENFURT am Wörthersee
Völkermarkter Str. 97 • T: 0463/556 68
Alter Platz 30 • T: 0463/556 685

VILLACH
Ringmauergasse 2 • T: 04242/255 13
Nikolaigasse 18 • T: 04242/255 134

FELDKIRCHEN
Dr.-Arthur-Lemisch-Straße 9
T: 04276/930 03

www.sepin.at