



WIDERRUFSFORMULAR

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

An

Danube Dental Service GmbH
FN 368049z
Steiner Landstraße 124
3500 Krems an der Donau
E-Mail: danube.dental.service@dp-uni.ac.at

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

Bestellt am _____ / erhalten am _____

Rechnungsnummer:

Name des/der Verbraucher(s):

Anschrift des/der Verbraucher(s):

Unterschrift des/der Verbraucher(s):

Datum: