

### **Muster-Widerrufsformular**

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

Mediq Direkt Diabetes GmbH  
Kundenservice  
Havelstraße 27  
24539 Neumünster

Fax: 0800 – 456 456 4 (gebührenfrei)  
E-Mail: info@mediqdirekt.de

#### **Widerruf**

Hiermit widerrufe 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) *(nur bei Mitteilung auf Papier)*

Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_

*(\*) Unzutreffendes streichen*