

## Widerrufsformular

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte das nachfolgende Formular aus und senden Sie es uns zu.

**An:**

Eunaxis Medical GmbH  
Max-Stromeyer-Str. 116  
78467 Konstanz  
Tel: 07531-2849-110  
Fax: 07531-2849-112  
Email: info@eunaxis-medical.de

**Widerruf:**

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 und Preis)

**Bestellt am:** \_\_\_\_\_

**Erhalten am:** \_\_\_\_\_

**Name des/der Verbraucher(s):**

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

**Anschrift des/der Verbraucher(s):**

Straße/Nr: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

**Widerrufsdatum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Kunde:** \_\_\_\_\_