

# Widerrufsformular

Löwenstein Medical SE & Co. KG  
Kreuzwiese 7/Gewerbegebiet  
D-56337 Neuhäusel  
E-Mail: [info@loewenstein.shop](mailto:info@loewenstein.shop)  
Fax: 02603/960050

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Ware/n:

Anzahl	Artikelbezeichnung

Bestellnummer/n

  

bestellt am / erhalten am:

Name der Kundin / des Kunden:

Anschrift der Kundin / des Kunden:

E-Mail Adresse

Telefonnummer

Ort, Datum

Unterschrift der Kundin / des Kunden  
(nur bei Mitteilung auf Papier)