

Widerrufsformular

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

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren:

Anzahl / Artikelbezeichnung:

Bestellnummer:

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)