Widerrufsformular

Soweit Sie den Vertrag widerrufen wollen,
füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es an uns zurück:

Angaben des Verkäufers:

GetParts GmbH
Immengarten 8
30926 Seelze

Fax: +49 (0)5137 704 96 01

Email: info@hexamed.de
Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren/die Erbringung von Dienstleistungen:

Anzahl Artikelname ...../.....

Bestelldatum .....

Bestellnummer .....

Ware erhalten am .....

Gesamtpreis der Ware .....EUR

Persönliche Angaben des Käufers

Vorname, Name .....

Straße und Hausnummer .....

PLZ und Ort .....

.....
Datum, Unterschrift