

## Widerrufsformular

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

Dr. Schär Medical Nutrition GmbH  
Dieselstraße 23  
61191 Rosbach v. d. Höhe  
Deutschland  
Tel.+496003-91170  
Fax.+496003-911720  
E-Mail: [info@drschar-medical.com](mailto:info@drschar-medical.com)

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

---

---

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

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

Name:

---

Anschrift:

---

Unterschrift:

---

Datum:

---