



MUSTER-WIDERRUFSFORMULAR

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

An SOLIMI Gesundheit Sabine Scheithauer, Bächlesgasse 7, 74189 Weinsberg,
per E-Mail: sabine@solimi-gesundheit.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (*) den von mir/uns (*) abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren (*)/die Erbringung der folgenden Dienstleistung (*):

Bestellt am (*) _____ Erhalten am (*) _____

Name des/der Verbraucher(s)

Anschrift des/der Verbraucher(s)

Datum _____ Unterschrift des/der Verbraucher(s) _____

(*) unzutreffendes bitte streichen