

## B. Widerrufsformular

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

An

C. Klöss Dental Betriebs KG GmbH  
Weitzesweg 22-24  
61118 Bad Vilbel  
Deutschland  
Fax: 06101 3 07 39 33  
E-Mail: info@kloess-dental.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)

\_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier)

\_\_\_\_\_

Datum

(\*) Unzutreffendes streichen

Stand: 30.12.2021



Widerrufsbelehrung by **IT-Recht Kanzlei**