

# smile secret medical

## WIDERRUFSFORMULAR

Sie können den Vertrag widerrufen, indem Sie uns u.a. bitte folgendes Formular ausgefüllt und unterschrieben an die nachstehende Anschrift senden. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, können Sie uns auch mit einer eindeutigen Erklärung (z.B. ein mit der Post versandter Brief oder per E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren:

### RETOURENADRESSE

smile secret medical  
Gutenbergstraße 5 | Halle 6  
31180 Giesen/Emmerke  
kundenservice@smilesecretmedical.de

### RECHNUNGSADRESSE

smile secret GmbH & Co. KG  
Domänenweg 1c  
31171 Nordstemmen  
kundenservice@smilesecretmedical.de

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

Produktname	Preis	Bestellnummer

Bestelldatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Bestellnummer

#

Name und Anschrift des Kunden

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>			<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>			

Grund des Widerrufs (optional)

---