

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

Name		Vorname	
Straße			Hausnummer
PLZ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Wohnort

Grund des Widerrufs (optional)
