

# Widerrufsformular

*Wenn Sie Ihre Bestellung widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus.*

**An:**

Cellavent Healthcare GmbH  
Am Trippelsberg 43  
40589 Düsseldorf  
Telefon: 0211/ 78 17 69 80  
Telefax: 0211/ 78 17 69 81

Hiermit widerrufe(n) ich/wir\*:

(Name und Anschrift)

den Kauf der folgenden Produkte:

(Rechnungsnummer)

Bestellt am\*/ erhalten am:

(Datum)

Art d. Rückerstattung: (Bankverbindung, PayPal Adresse, etc.)

Datum, Unterschrift

\*Unzutreffendes bitte durchstreichen