

# WIDERRUFSFORMULAR

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

An  
MEDWRX GmbH  
IGNAZ GLASER STR. 48  
5111 BÜRMOOS  
T: +43 (0)720 211828  
F: +43 (0)720 211828-50  
E: [office@medwrx.at](mailto:office@medwrx.at)

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

Bestellt am (\*)/erhalten am(\*):

Rechnungsnummer/Kundennummer:

Name des/der Verbraucher(s):

Anschrift des/der Verbraucher(s):

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

Datum:

(\*) Unzutreffendes streichen.