

# Widerrufsformular

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

An: ProCur Medical UG (haftungsbeschränkt)  
Schmiedgasse 9  
82436 Eglfing  
Deutschland

Telefax: +49 (0)8847 – 698644

E-Mail: [info@procur-medical.de](mailto:info@procur-medical.de)

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

Produktbezeichnung: \_\_\_\_\_

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

Name des/der Verbraucher(s): \_\_\_\_\_

Anschrift des/der Verbraucher(s): \_\_\_\_\_

Straße, Nr.

\_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_

Land

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

Datum: \_\_\_\_\_

---

(\*) Unzutreffendes streichen.