|  |
| --- |
| **Formular für den Widerruf** |
| Bitte füllen Sie dieses Formular nur aus und senden Sie es zurück, wenn Sie den Vertrag widerrufen möchten. |
| Zu Händen von :  | HOSPILUX S.A.1, rue des ChauxL-5324 Conterncommandes@hospilux.lu |
| Ich / Wir teile(n) Ihnen meinen / unseren Widerruf des Vertrages über den Verkauf des folgenden Gegenstandes mit: |
| Name und Referenz des Produkts  |  |
| Nr. der Rechnung  |  |
| Menge des/der zurückgegebenen / zurückzusendenden Produkts/e |  |
| Bestellt am (\*)Empfangen am (\*) |  |
| Name und Vorname des/der Verbraucher(s) |  |
| Adresse des/der Verbraucher(s) : |  |
| Unterschrift des/der Verbraucher(s) (*nur bei Zustellung dieses Formulars in Papierform*) |  |
| Datum |  |