

Muster-Widerrufsformular

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

An:

Ilogs healthcare GmbH
Krone Platz 1
9020 Klagenfurt
Österreich

Fax: +43 463

E-Mail: sales@ilogs.care

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

Bestellt am _____ (*)/erhalten am _____ (*)

Name des/der Verbraucher(s):

Anschrift des/der Verbraucher(s):

Bestellnummer (9-stellig):

Datum

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

(*) Unzutreffendes bitte streichen.