

Muster-Widerrufsformular

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



An
BIOMIN PHARMA GmbH
Riedweg 12
87757 Kirchheim

Fax: (0) 82 66 / 86 25 – 78
E-Mail: info@biomin-vital.de

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):
.....

Datum

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

(*) Unzutreffendes streichen

BIOMIN PHARMA GmbH

Geschäftsführender Gesellschafter: Wolfgang H.Scheule
Reg.-Gericht: Memmingen, HRB 11493
Sitz der Gesellschaft: Kirchheim
USt-ID: DE 913812240123

Bankverbindung
HypoVereinsbank Augsburg: **IBAN:** DE77720200700002241080 **BIC:** HYVEDEMM408
Postbank München: **IBAN:** DE42700100800155303808 **BIC:** PBNKDEFF

Bitte beachten Sie unsere Geschäftsbedingungen.