

WIDERRUFSFORMULAR

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

An Firma

CARESKIN COSMETICS GmbH

Apfelstraße 13

A-4621 Sipbachzell

Fax: +43 7240 20916

office@careskin.at

Datum:

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

-Bestellt am (*)/erhalten am (*)

-Name des/der Verbraucher(s)

-Anschrift des/der Verbraucher(s)

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

-Datum

() Unzutreffendes streichen.*