

MUSTER WIDERRUFSFORMULAR

An:

Neuroth Hörcenter AG, Alpenstrasse 15, 6300 Zug

Telefon: 00800 8001 8001

E-Mail: office@neuroth.ch

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)

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

- Datum

(*) Unzutreffendes streichen