

## Widerrufsformular

An

Dr. Hittich Gesundheits-Mittel

Postfach 40 02 34

40242 Düsseldorf

E-Mail: [Kunde@DrHittich.de](mailto:Kunde@DrHittich.de)

Fax: 0800 – 3103236

Tel.: 0800 – 1827 728

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)

Datum

(\*) Unzutreffendes streichen