

Musterformular für einen Rücktritt vom Vertrag

(Das Formular ist im Falle des Wunschs zum Rücktritt vom Vertrag auszufüllen und abzuschicken)

- Empfänger: Mapa Zdrowia Andrzej Prokopiuk in Warschau an der ul. Jana Pawła II 150, 05-077 Warschau, E-Mail-Adresse: complaint@primvital.de
- Ich/Wir (*) informiere(n)(*) Sie hiermit über meinen / unseren Rücktritt vom Kaufvertrag folgender Sache (*) / Liefervertrag folgender Sache (*) / Werksvertrag über die Ausführung folgender Sache (*) / Vertrag über folgende Dienstleistung (*)
- Datum des Vertragsabschlusses (*) / der Annahme (*)
- Vor- und Nachname(n) des/der Verbraucher(s)
- Adresse des/der Verbraucher(s)
- Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Einsendung in Papierform)