

## Muster-Widerrufsformular

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

An: TRI-O-med GmbH  
Aachener Straße 30  
52249 Eschweiler  
[info@tri-o-med.de](mailto:info@tri-o-med.de)  
☎ 02403 – 7884 – 0  
FAX 02403 – 7884 – 19

Hiermit widerrufen(n) ich/wir den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren / die Erbringung der folgenden Dienstleistung:

---

---

---

---

Bestellt am / erhalten am:

---

Kontaktdaten des/der Verbraucher(s):

Name:

Straße:

Ort, PLZ:

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_  
Ort & Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Verbraucher/in oder gesetzl. Vertreter/in

\_\_\_\_\_  
Bezug zum/zur Verbraucher/in