

## Muster-Widerrufsformular

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

An  
Dr. Taffi Kosmetik Vertrieb Deutschland  
Pfungstanger 30  
37520 Osterode  
Fax: 05522869729  
Email: info@drtaffi.de

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

bestellt am: \_\_\_\_\_

erhalten am: \_\_\_\_\_

Name des Verbrauchers: \_\_\_\_\_

Anschrift des Verbrauchers: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Verbrauchers: \_\_\_\_\_  
(nur bei Mitteilung auf Papier)

Datum: \_\_\_\_\_

weitere Informationen: \_\_\_\_\_  
(freiwillige Angabe)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(\*) Unzutreffendes bitte streichen