

Widerrufsformular

An:

ZAVA Deutschland GmbH
Hegestraße 40, 3. Stock
20251 Hamburg
Deutschland

kontakt@zavamed.com

Telefon: +49 (0)40 874069-56

Ich, _____, widerrufe hiermit den von mir
abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Ware(n) / Erbringung der
folgenden Dienstleistung(en):

Patientennummer: _____

Bestellnummer: _____

Bestellt am/erhalten am: _____

Meine Adresse: _____

Meine E-Mail Adresse: _____

Unterschrift

Datum

Sie können uns das ausgefüllte Formular per Post oder E-Mail übermitteln.