

Ausführung :	1.0	<b>WIDERRUFSFORMULAR</b> Fistula Protect Medical d.o.o.	
Datum:	Dezember 2022		
Seite 1 von 1			

AN :

**Fistula Protect Medical d.o.o**  
 Slivnica pri Celju 33A  
 3263 Gorica pri Slivnici  
 Slowenien  
 E-Mail: [info@fistulaprotect.com](mailto:info@fistulaprotect.com)

---

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

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

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

Bestellnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Ich \_\_\_\_\_ erkläre hiermit, dass ich von meinem Kaufvertrag für die folgenden Waren zurücktrete:

Bestellt am: \_\_\_\_\_

Eingegangen am: \_\_\_\_\_

Bitte überweisen Sie den Kaufpreis in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR, den ich Ihnen am \_\_\_\_\_ bezahlt habe, auf mein

Transaktionskonto Nr.: \_\_\_\_\_, eröffnet bei \_\_\_\_\_ (Bankname).

Unterschrift des Verbrauchers: \_\_\_\_\_

(Unterschrift ist nur erforderlich, wenn das Formular als Brief zugestellt wird).