

## Muster-Widerrufsformular

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

An

Augenoptik Wust GmbH / Linsenland

Markt 35

04600 Altenburg

Telefon: +49 3447 511942

Fax: +49 3447 513446

E-Mail: order@linsenland.de

Hiermit widerrufe(n) ich / wir (\*)

den von mir / uns (\*) abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren (\*) / die Erbringung der folgenden Dienstleistung (\*)

Bestellt am (\*) / Erhalten am (\*) \_\_\_\_\_

Name des / der Verbraucher(s) \_\_\_\_\_

Anschrift des / der Verbrauchers(s) \_\_\_\_\_

Unterschrift des / der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier)

\_\_\_\_\_

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

(\*) Unzutreffendes streichen