

## Muster-Widerrufsformular

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

An:

**GM GesundheitsManufaktur GmbH**

Josef-Gesing-Str. 10

15234 Frankfurt (Oder)

Fax: +49 (0)335 – 665 9191

E-Mail: [info@gesundheitsmanufaktur.de](mailto:info@gesundheitsmanufaktur.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  
Verbraucher(s): \_\_\_\_\_

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

---

(\*) Unzutreffendes streichen