

**Widerrufsformular der  
GM GesundheitsManufaktur GmbH**

(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 9192*

*E-Mail: 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