



Fa. Robin Schlenczek * DR. TAFFI Kosmetik * Neue Reihe 17 * 37520 Osterode

Muster-Wiederrufsformular

(sofern Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es an uns zurück)

An
Dr. Taffi Kosmetik Vertrieb Deutschland
Neue Reihe 17
37520 Osterode
Email: info@drtaffi.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir(*) den von mir/uns(*) abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren:

Bestellt am: _____

Erhalten am: _____

Name des Verbrauchers: _____

Anschrift des Verbrauchers: _____

Unterschrift des Verbrauchers: _____
(nur bei Mitteilung auf Papier)

Datum: _____

Weitere Informationen: _____

(*) Unzutreffendes bitte streichen.

Bankverbindung:
Stadtsparkasse Osterode am Harz
BLZ: 263 510 15
KTO: 62083

USt-IdNr.: DE 239258714
Finanzamt Herzberg am Harz

Tel: +49 (0) 55 22 319 602
Handy: +49 (0)176 666 011 34
eMail: rs@drtaffi.de

IBAN: DE71 2635 1015 0000 062083 * BIC-/SWIFT-Code: NOLADE21HZB