

## Widerrufsformular

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

DERMACELL

Rafael Schwichtenberg

An der Alten Synagoge 4

33098 Paderborn

Fax: 05293 9319899

E-Mail: [widerruf@dermacell.de](mailto:widerruf@dermacell.de) )

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

---

---

---

---

Bestellt am: \_\_\_\_\_ (\*) erhalten am: \_\_\_\_\_ (\*)

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

Anschrift des/der Verbraucher(s):

---

---

---

Bankverbindung bzw. PayPal-Mail-Adresse für die Rückzahlung:

---

---

---

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

\_\_\_\_\_  
(\* ) Unzutreffendes streichen