

## Widerrufsformular

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

An

Dr. Hastenrath GmbH  
An der Untertrave 96  
23552 Lübeck  
E-Mail: [info@hastenrath.de](mailto:info@hastenrath.de)  
Fax (0451) 7079699

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

.....

.....  
(Name der Ware, ggf. Bestellnummer und Preis)

**Ware bestellt am:**

.....  
Datum

**Ware erhalten am:**

.....  
Datum

**Name und Anschrift des Verbrauchers**

.....

.....

.....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Kunde  
(nur bei schriftlichem Widerruf)