

# Widerrufsformular

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

**Postalische Adresse:**

Fa. Papke, MDPC-X  
Hahnenfeldstr. 11  
86825 Bad Wörishofen  
GERMANY

**Email Adresse:**

contact@cable-sleeving.com

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

**Bestellnummer:**

*(bitte tragen Sie hier die Bestellnummer ein)*

**Waren:**

*(bitte tragen Sie hier sämtliche Waren des zu widerrufenden Vertrags ein)*

**Gesamtpreis der Ware inkl. 19% MwSt. in Euro (€):**

*(bitte tragen Sie hier den Gesamtpreis aller Waren des zu widerrufenden Vertrags ein)*

**Bestellt am:**

*(bitte tragen Sie hier das Bestelldatum ein)*

**Erhalten am:**

*(bitte tragen Sie hier das Datum ein, an dem die Ware vom Versandunternehmen zugestellt worden ist)*

**Ihr vollständiger Name und Anschrift:**

*(bitte tragen Sie hier Ihren Vor- und Zunamen, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Stadt und Land ein)*

**Datum des Widerrufs:**

*(bitte tragen Sie hier das Datum dieses Widerrufs ein)*