



MUSTER-WIDERRUFSFORMULAR

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

An:
Weingut Vereinigten Hospitien
Krahnenufer 19 | 54290 Trier

Telefon: +49 (651) 9451210
Fax: +49 (651) 9452060
E-Mail: weingut@vereinigtehospitien.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) _____

Unterschrift des/der Verbraucher(s)
(nur bei Mitteilung auf Papier) _____

Datum _____

(*) Unzutreffendes streichen.