



Kotlabor Schmid  
0664/13 23 576  
office@wurmtest.at

### Muster-Widerrufsformular

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

Tierarztpraxis/Kotlabor Schmid  
Hauptplatz 7  
3240 Mank  
06641323576  
office@wurmtest.at

|  |
|--|
| Datum  |
| <br>   |
| Hiermit widerrufe(n) ich/wir (*) den von mir/uns (*) abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren (*)/die Erbringung der folgenden Dienstleistung (*) |
| <br>   |
| Bestellt am (*)/erhalten am (*)  |
| <br>   |
| Name des/der Verbraucher(s)  |
| <br>   |
| Anschrift des/der Verbraucher(s)   |
| <br>   |
| Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier)  |
| <br>   |

(\*) Unzutreffendes streichen.